

石川県聴覚障害者福祉機器借受申込書

年 月 日

太枠の中のみご記入ください。

貸受人	氏名 (団体名)	(代表者名) (団体名)				印
	住所 (所在地)	〒				
	F A X	()	T E L		()	
貸出番号					貸出機器名称	を 台
貸出番号					貸出機器名称	を 台
貸出番号					貸出機器名称	を 台
以上、福祉機器の貸出は一人3台までとする。						
貸出期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (初日を含む7日間)					
使用場所						
使用目的						
<p>以下に定める借受作業要領に従い、石川県聴覚障害者福祉機器貸出規約に同意した上で、福祉機器の貸出を受けたく申し込みます。 氏名欄に捺印のないものは貸出できません。</p> <p style="text-align: right;">石川県聴覚障害者センター 施設長殿</p>						

借受作業要領および利用規約等について

- 貸出機器の搬送、備え付け(電池など)の費用は、基本的に利用者の負担とする。
- 受付は遅くとも3日前には完了すること。(当時申込の当日貸出はご遠慮下さい。)
- 機器の運搬などは利用者本人で行ってください。
- 電池などの備え付け品や送料は借受者負担となります。
- 機器返却の際に全借受者は担当職員の前にて職員の確認を受けること。
- 故意または過失により機器を滅失、破損した者に対し、その全額に相当する金額を賠償させることができる。