

車椅子無料貸与申込(許可)書

- ①貸与をさせていただく方は、原則として本院に入院されている患者さんで、退院時等に車椅子を必要とされる方とさせていただきます。
- ②貸与は、原則として返却日を含めて2日間となります。
- ③特別な事情により2日間以上の利用が必要な場合には、7日以内で延長を許可いたします。
- ④在庫がない場合等、貸与できない場合がございます。
- ⑤故意又は過失により車椅子を損傷された場合は、現状復帰又は修理代金をいただきます。
- ⑥返却の時間は、午前8時30分から午後2時までの間に、介護・医療用品売店にご返却ください。

上記①～⑥を確認し、十分理解したうえで車椅子無料貸与を申込します。
 ㄨチェックのうえ、申込書記入にお進みください。

申込日	令和 <input style="width: 40px;" type="text"/> 年 <input style="width: 40px;" type="text"/> 月 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日
-----	--

利用者様	フリガナ			病室番号	
	氏名	姓	名		

申込者様	フリガナ			TEL	自宅又は携帯電話	
	氏名	姓	名		利用者 との 続柄	
	住所	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			(都)(道) (府)(県)	市区郡
	町村名・番地			建物名・部屋番号		

利用期間	令和 <input style="width: 40px;" type="text"/> 年 <input style="width: 40px;" type="text"/> 月 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日 から 令和 <input style="width: 40px;" type="text"/> 年 <input style="width: 40px;" type="text"/> 月 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日まで
------	--

上記について許可します。

令和 年 月 日

一般財団法人 誠仁会 介護・医療用品売店 担当者 _____ 印

お問い合わせ ☎058-230-7394