

## 福祉用具試用貸与申込書

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会長 様

借用申込者 郵便番号  
住 所  
(所属名)  
氏 名  
電話番号

鳥取県介護実習普及センターの展示品に係る福祉用具貸与等に関する事務取扱要領第11条第1項により、下記のとおり申込みします。

## 記

福祉用具名	
職 種 (該当職種に○印をお願いします)	・理学療法士 ・作業療法士 ・保健師 ・看護師 ・介護福祉士 ・介護支援専門員 ・福祉用具プランナー ・福祉住環境コーディネーター(2級以上) ・福祉用具専門相談員 ・その他( )
利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで
利用目的	
備考	

- (留意事項) ・利用期間は原則1週間以内とします。  
・貸出中に亡失又は損傷等のあった場合及び試用中の事故等については、その責任の一切を負います。

個人情報の取扱いについては、借用者への連絡、資格確認及び匿名化した統計以外には使用しません。

## ※事務局記入欄

評価表No.		貸出確認者	
返却受理日	平成 年 月 日	返却確認者	
返却時の状況	消毒の有無	有(消毒薬品名: 消毒方法: ) 無(理由: )	
	破損の有無	有(破損箇所: ) ・ 無	