

無料車椅子貸与申込(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、貸与できないことがございます。
- 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9時00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。
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 年 月 日

利用者様	フリガナ	病室番号	号室
	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	市区郡	建物名・部屋番号

利用期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 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