別紙様式１

錦町チャイルドシート利用申請書

令和　　年　　月　　日

錦町長　森本　完一　　様

申請者　　住所　錦町大字

　　　　　氏名

　　　　　電話（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望期間 | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで |
| 利用希望の理由 |  |

※返却の要件

　１　返却期限　　　令和　　年　　月　　日

　２　利用期間内の破損、汚染については利用申請者の負担において復元することを原則とする。

　３　返却の際には住民福祉課長の確認を受けなければならない。