

様式1

チャイルドシート貸付申請書

年 月 日

白糠町交通安全運動推進協議会長 様

住所 白糠町

氏名 印

電話番号

次のとおり、チャイルドシートの貸付を申請します。

借受希望品名・数量	<input type="radio"/> 乳児用シート <input type="radio"/> 幼児用シート <input type="radio"/> 児童用シート	台 台 台
借受希望期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
備 考	貸付延長期間 年 月 日～ 年 月 日 確認者 年 月 日～ 年 月 日 確認者 年 月 日～ 年 月 日 確認者	

貸付シート番号