

チャイルドシート貸与申請書

平成 年 月 日

音威子府村長 様

申請者 住所
氏名 (印)
(TEL -)

次のとおり、チャイルドシートの貸与を申請します。

なお、私は音威子府村チャイルドシート貸与規定を遵守いたします。

また、貸与を受けたチャイルドシートを装着し、事故等に遭遇し負傷した場合においても、音威子府村に対し、一切の責任は問いません。

幼児名		申請者との続柄	
生年月日	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)		
貸与希望	ベビーシート (乳幼児)	0 ヶ月～1 歳未満	
	借受から 6 ヶ月間	平成 年 月 日から	
シート名及び	チャイルドシート (幼児用) ・年齢	1 歳頃～ 4 歳頃	
	ジュニアシート (児童用) ・年齢	4 歳頃～ 6 歳頃	
貸与期間	借受から 7 日間	平成 年 月 日から	
	返還予定年月日	平成 年 月 日まで	