

平成 年 月 日

リサイクル事業登録申請書

御前崎市社会福祉協議会長 様

この事業の目的に賛同し、下記のとおり登録を申請します。

提供者氏名 ⑩	住所	Tel ()
品名 (例:ポータブルトイレ・歩行器・ 手押し車・車イス)	メーカー	備考 (使用者既病歴)
保管期間 月 日～ 月 日迄の ヶ月間、提供する 福祉用具については感染の可能性が無い状態で洗浄保管します。 この期日をもって登録を抹消します。尚、福祉用具は処分します。		
受納者氏名 ⑩	住所	Tel ()
使用開始期日 月 日から福祉用具使用を希望します。 これ迄に斡旋情報が無い場合、登録を取り消します。		
使用者	住所	Tel
この事業の目的達成について、上記の個人情報の使用に同意します。 この事業で斡旋された物品については、提供者・受納者双方の合意によって受 け渡しを行い、物品の廃棄処分に至るまで、受納者が責任を持って処理します。		