

様式第1号（第5条関係）

福祉用具等リユース事業『譲ります』登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人
大泉町社会福祉協議会

住所 大泉町 _____

氏名 _____

電話 _____

社会福祉法人大泉町社会福祉協議会福祉用具等リユース事業の登録を次のとおり申請します。

なお、実施要綱を遵守するとともに、次の事項について同意します。

- ・社会福祉協議会が、譲渡候補者に対し私の住所、氏名、電話番号を伝達すること
- ・登録した福祉用具等の譲渡が決定した場合は、無償譲渡すること
- ・情報提供期間（6ヵ月）を経過した場合は、登録情報を削除されること

譲りたい福祉用具等	
メーカー名及び型式	
購入（取得）時期	年 月頃購入（取得）
福祉用具等の状況 （なるべく詳しく）	汚れ（有・無） キズ（有・無） ●福祉用具等の使用状況等をご記入ください []

※社協記入

登録No.	
今回登録の有効期限	令和 年 月 日（ ）まで

