

高齢者疑似体験装具利用報告書

年 月 日

浜川市社会福祉協議会会長 様

報告者 印

高齢者疑似体験装具を利用したので、下記のとおり報告します。

利 用 団 体 等	名称
	住所
	TEL
使 用 担 当 者	氏名
講 習 会 等 の 名 称	
参 加 人 数	人
利 用 状 況	感想、反省、要望等をご記入ください。
備 考	

※ 別添のチェックリストで、紛失、破損がないかどうかご確認のうえ、ご返却ください。

※ 装具に破損又は紛失等があった場合には、実費の弁済を求めることがあります。