

高齢者疑似体験セット貸出申請書

東三河広域連合長 様

申請者 所在地 〒 440-0806

豊橋市八町通 2-16

団体名 グループホーム広域

代表者氏名 管理者 広域 連五郎

東三河広域連合高齢者疑似体験セット貸出事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。また、申請にあたり定められた事項を遵守します。使用において発生した損失について、貴広域連合に補償等の要求はしません。

記

利用者したい体験セットの数をご記入ください。

高齢者 疑似体験セット	大人用(全身装備版)		セット
	大人用(半身装備版)		4 セット
	子供用(半身装備版)		セット
行事名	職員研修	使用場所 (施設名等)	グループホーム広域
使用内容	当施設の職員研修の一環として、体験セットを活用したい。		
使用日時	令和〇年 〇月 〇日(金) 10時 00分から 令和〇年 〇月 〇日(金) 16時 00分まで		
利用予定者数	初任者介護職員 (10 人)	貸出方法希望 (希望する方へ〇する)	窓口・送付 貸出返却
貸出期間	(貸出開始日) 令和〇年 〇月 〇日(水) ~ (返却予定日) 令和〇年 〇月 〇日(月)		
連絡先	担当者氏名	広域 連次郎 ※代表者と同じ場合は記入不要	
	電話	0532 (26) 8472	
備考			

送付の場合は、費用負担が生じます。

担当者が申請者と同じ場合は、氏名は記入不要です

<遵守事項>

1. 高齢者への理解を深める機会を創出する目的に使用すること。
2. 適切かつ安全に使用し、加分、譲渡及び転貸しないこと。
3. 窓
4. 紛
5. 使

事務

受付担当者は、窓口で確認した内容を「事務局記載欄」へ記録し、「確認者」欄へ記名してください。

平日の執務時間内に行うこととし、送付貸出返却を希望する

あえ申請者の責任と費用負担により原状回復すること。

わない

確認項目	☐ 住所/所在地 ☐ 本人確認(マイナンバーカード/運転免許証/住民基本台帳カード/その他:)	確認者
確認結果	☐ 該当 ☐ 非該当	