

課長	主査	課長補佐	係長	係	受付日

## 備 品 使 用 申 請 書

年 月 日

川 本 町 長 様

<申請者>

住所:川本町大字

氏名:

連絡先:

下記備品の使用を申請します。

記

使用目的	子どもの健康管理のため	
使用物品	物品名	個数
	ベビースケール	1
使用期間	年 月 日～ 年 月 日まで	
子どもの生年月日	年 月 日	

**※ 使用上の注意**

◎取扱説明書、別紙注意事項をよく読んでから使用してください。

◎使用期間は最大2週間です。返却を求めた場合は速やかに返却してください。