

様式第1号（第5条関係）

福祉用具リサイクル事業「譲ります」登録申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人  
幸手市社会福祉協議会 会長 様

住所 幸手市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

社会福祉法人幸手市社会福祉協議会福祉用具リサイクル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ヶ月）を経過した場合には、登録情報を削除されること

譲りたい福祉用具	
メーカー名及び型式	
購入（取得）時期	年 月頃購入（取得）
福祉用具の状況 （なるべく詳しく）	汚れ（有・無） キズ（有・無） ※福祉用具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	平成 年 月 日 まで