

<様式7>

## 疑似体験機材借用願

年 月 日

宮崎県社会福祉協議会  
宮崎県ボランティアセンター 殿

下記のとおり借用いたします。

借 用 者	団 体 者		所 在 地	
	代 表 者 氏 名	⑩	電 話	
	取 扱 責 任 者 氏 名		役 職 名 又 は 所 属 部 課	
使 用 機 材 ※借用機材の□をチ ェック	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験セット【2セット】			
使 用 目 的	具体的に記入			
使 用 期 日	年 月 日			
借 用 期 間	機材を借用する期日 年 月 日 ~ 機材を返却する日 年 月 日			
そ の 他	(1) 機材取扱経験者の有無(該当する方に○) 経験者がいる ・ 経験者がいない			
	(2) 経験者がいる場合、その氏名・所属等 所属 _____ 氏名 _____			
備 考				

※機材等は、直接宮崎県社会福祉協議会まで受け取りに参ります。