

様式第1号（第5条関係）

チャイルドシート提供申出書

社会福祉法人
神山町社会福祉協議会会長 殿

申 込 者 氏 名	⑩	申込日	令和 年 月 日
住 所	〒 神山町		
連 絡 先	TEL		
チャイルドシート のタイプ	メーカー _____ 形 式 _____ 使用対象年齢（ 歳から 歳） 取扱説明書（ 有 ・ 無 ）		
ご意見など			