

ゆずってください	No.	—
----------	-----	---

子育て支援ゆずりあい事業申込書

受付日	年 月 日		
品 目	チャイルドシート ・ ベビーベッド ・ ベビーバス		
具体的な希望内容			
譲受者	氏 名		電話 番号
	住 所	〒 —	
	里帰り 住所	〒 —	
登録期間	年 月 日 まで		
その他			

- ☐ 1品につき1枚ご記入ください。
- ☐ 物品の譲り受けは、原則として、譲渡者の希望場所で行います。また、搬送など譲り受けに伴う諸経費は譲受者負担とします。
- ☐ 登録の取り消しを希望される場合は、速やかに本会に連絡してください。
- ☐ 申込書に記載された個人情報、無断で第三者へ提供しません。
- ☐ 譲渡時や譲渡後の事故等のトラブルについては、本会は一切の責任を負いません。

本事業について説明を受け承諾しました。物品譲渡後に生じた損害につきましては、譲渡後および本会には一切請求しないことをお約束いたします。

年 月 日

氏名



<社協記入欄>

連絡日時	年 月 日	担当者		
譲受日	年 月 日 完了	ゆずってください	No.	—
譲受場所	<input type="checkbox"/> 譲渡者宅 <input type="checkbox"/> 譲受者宅 <input type="checkbox"/> 社協（ 本所 ・ 大和 ・ 三橋 ） <input type="checkbox"/> 柳城児童館 <input type="checkbox"/> その他（)			