

教材・教具等借用願

平成 年 月 日

佐賀県立盲学校校長様

借用者 住所

団体名

代表者

㊟

下記により貴校の教材・教具を借用します。

なお、破損紛失等した場合は、その程度に応じて弁償いたします。

目的（用途等）	
借用教具・教材名※ ¹	
希望の期間※ ²	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで () 日間
使用者・人員等	
備考	
連絡先等※ ³	

※¹ 複数の場合は数量をご記入下さい。

※² 借用期間は原則として最長2週間とします。借用期間を延長される場合は、お手数ですが、再申請をお願いします。

また、借用・返却のため来校された時は、事務室で担当の者をお呼び下さい。

教材・教具の点検を、直接致します。

※³ 連絡の取れる電話番号を必ずご記入下さい。

◎ ご記入いただいた「個人情報」については、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムに従い厳重に管理し、本件以外の用途では使用いたしません。

担当：視覚障害相談・支援部教材教具係

教材・教具等返却 受取確認欄

平成 年 月 日 受取人 氏名 _____

返却状況（数・状態など） _____