

チャイルドシート借用申込書

年 月 日

枕崎市長 前田 祝成 殿

(申込者) 住 所

氏 名

印

電話番号

次のとおり申し込みます。

借 用 期 間

年 月 日 から 年 年 日 まで 日間

保 護 者

氏 名

住 所 地

チャイルドシート
利 用 者

氏 名

年 齢

歳 か月

氏 名

年 齢

歳 か月

氏 名

年 齢

歳 か月

氏 名

年 齢

歳 か月

貸出
チャイ
ルド
シート
No

誓 約 書

借用するチャイルドシートについては、問題がないことを確認しました。

今後事故による被害があっても、チャイルドシートの不備、破損等を理由に枕崎市への責任を追及することはしません。また、チャイルドシートの貸出条件を遵守することも併せて誓約します。

枕崎市長 前田 祝成 殿

年 月 日

借受者 氏名(自署)

印

チャイルドシート許可書

上記の申し込みについては、次の条件を付し許可します。

- ① 走行中、停車中に関係なく、常時、大人の監視下で使用し、乳幼児を一人で放置しないこと。
- ② ベルトを通す位置、長さを適正に調節し、確実にバックルを固定すること。
- ③ 貸し出したチャイルドシートを転貸し、又は目的外に使用しないこと。
- ④ 貸し出したチャイルドシートの貸出期間は最長2か月であり、申込期間内に返却すること。

年 月 日

枕崎市長 前田 祝成