



## 高齢者疑似体験用具（シニアポーズ）貸出事業利用報告書

平成 年 月 日

富岡市社会福祉協議会長 様

報告者氏名 印

高齢者疑似体験用具（シニアポーズ）を利用しましたので、結果を報告します。

利用団体等	名称
	住所
	TEL
利用目的 (講習会名等)	
参加者人数	名
使用日時 (会場)	平成 年 月 日 時から 時まで (会場) .....
使用状況	(感想、反省、要望等をご記入ください。)
返却にあたって、体験用具の確認をお願いします。確認できましたらそれぞれの用具の□にチェックをおつけください。 <input type="checkbox"/> 円背・五十肩の装具 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 膝・右 <input type="checkbox"/> 膝・左 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 靴 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> DVD (装着説明用)	

※ この報告書は用具の返却と同時に提出してください。