

チャイルドシート貸出申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請人 住所
氏名
電話

チャイルドシートの貸出しを受けたいので、次のとおり申請します。

貸 出 理 由		
貸 出 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
使 用 自動車	登録番号 (ナンバー)	
	車 名	
安 全 点 検 項 目	(1) 取扱説明書及び必要な備品はそろっているか・・・・・・・・□	
	(2) 本体にひび割れ、曲損、変色等の異常はないか・・・・・・・・□	
	(3) シートベルト通し部分に損傷又は変色はないか・・・・・・・・□	
	(4) ねじ止め部分に欠損又はがたつきはないか・・・・・・・・□	
	(5) 可動部分は、正常に動くか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□	
	(6) 可動部分は、正常に固定できるか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□	
	(7) チャイルドシートのベルトは、正常に作動するか・・・・・・□	
	(8) チャイルドシートのベルトに損傷又はほつれはないか ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□	
	(9) インパクトシールドのフックは、正常に固定し、又は解離す るか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□	
	(10) シートの感触に異常はないか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□	
	(11) シートが清浄化されているか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□	
備 考	※1 世帯につき年度内1回までの貸出しになりますのでご了承ください。	
チャイルドシート管理番号（※市が記載）		

備考 運転免許証の提示をお願いします。
申請のとおりチャイルドシートを貸し出します。

年 月 日

佐野市長 金子 裕 印