様式第２号（第６条関係）

高 齢 者 疑 似 体 験 装 具 利 用 報 告 書

年　　月　　日

社会福祉法人昭和村社会福祉協議会
会　　長　　様

申請者　　印

高齢者疑似体験装具を利用したので、下記のとおり報告します。

利　用　団　体　等	名称 住所 電話
使　用　責　任　者	氏名
講 習 会 等 の 名 称	
参　加　人　数	
利用状況	感想、反省、要望等をご記入下さい。
備　　考	

※装具に破損又は紛失等があった場合は、実費の弁済を求めることがあります。
※別添のチェックリストで、紛失、破損がないかご確認の上、ご返却下さい。