

和東町長 様

申請者
住 所 和東町大字 小字 番地
氏 名
TEL

和東町チャイルドシート返却届

下記のとおり、チャイルドシートを返却します。

記

乳幼児氏名	生年月日			
貸与期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	管理番号	
1	チャイルドシートの使用頻度	週 日 ・ 1日平均	時間	
2	チャイルドシートの購入の有無	有(年 月 日購入)	・ 無	
3	使用中の不具合の発生		有 ・ 無	
4	チャイルドシートを落とす等の衝撃の有無		有 ・ 無	
5	チャイルドシートを装着した車両の事故の有無		有 ・ 無	
	有の場合、事故の状況			
	(1) チャイルドシート 使用中・使用外		
	(2) 乳幼児の負傷 有【程度	】 ・ 無	
	(3) チャイルドシートの破損 有【程度	】 ・ 無	
	(4) 車両の損壊程度	【	】	
6	チャイルドシートの清掃	清掃済【 年 月 日実施】	・ 未実施	