(様式第3号)

チャイルドシート返納届

年　　月　　日

　大衡村長　様

借受人　住所

氏名

電話番号

　下記のとおりチャイルドシートを返納します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 返納日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 借　受　シ　ー　ト | * 乳幼児用 | 台 | 管理番号 |
| * 学童用 | 台 | 管理番号 |
| 返納時の確認項目 | | | |
| □　取扱説明書及び必要な備品は揃っているか  □　チャイルドシートに不具合はないか  □　シートの清掃はされているか  □　使用中の車両での事故がなかったか  　　有りの場合、自走の可否等の車の損壊程度 | | | |