

(様式第3号)

## チャイルドシート返却届

令和 年 月 日

智頭町長 金兒 英夫 様

住 所 智頭町大字

申請者 電話番号

氏 名

下記のとおりチャイルドシートを返却します。

記

貸出期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
シート種類	新生児用シート ・ 乳幼児用シート 台 管 理 番 号
安 全 点 検 項 目	(1) 取扱説明書及び必要な備品は揃っているか。 <input type="checkbox"/> (2) 本体にひび割れ、損傷、変色などの異常はないか。 <input type="checkbox"/> (3) 取扱説明書どおりに使用したか。 <input type="checkbox"/> (4) 使用中の不具合の発生 有 ・ 無 (5) チャイルドシートを落とす等の衝撃の有無 有 ・ 無 (6) 使用中の車両での事故の有無 有 ・ 無  有の場合、自走の可否等の車の程度 ( )