

# チャイルドシートレンタル申込書

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

JA 十和田おいらせ 殿

レンタル規約に同意し、チャイルドシートレンタルを申し込みます。

※お客様記入欄

お申込者氏名	ふりがな	赤ちゃんとの続柄	親・祖父母・その他( )
		電話番号	
		携帯番号	
ご住所	〒	メールアドレス	
	—		
返却ご案内 第2連絡先	ふりがな	お申込者との続柄	配偶者・祖父母・その他( )
		電話番号	
		携帯番号	
ご使用のお子様	ふりがな	お子様の生年月日	H・R 年 月 日
		ご使用は6歳までとさせていただきます。	
レンタル期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (6ヶ月間) ※ご使用のお子様がこども共済に加入されている場合は1年延長できます。		

◎レンタル規約

レンタル期間の終了日が近づきましたら当方より返却のご案内をいたします。

連絡先に変更があった場合はJAまでご連絡をお願いします。

レンタル期間終了日から一週間以内の返却をお願いいたします。

お申込者様との連絡が取れない場合は第2連絡先様へご連絡いたします。

汚れがひどい場合は洗浄してから返却してください。

紛失、盗難、事故による破損により返却不能となった場合 10,000 円をご負担いただきます。

レンタル機器を起因とした利用者、第三者に対してのいかなる損害も補償しません。

※JA 記入欄

受付担当者		貸出機種	NO.
管轄支店		支店	0・1 契約番号
		担当者コード	