

## 擬似体験セット使用報告書

社会福祉法人

千葉県社会福祉協議会長 様

平成 年 月 日

団体・グループ名 代表者名		
所在地		
取扱責任者		電話 FAX
体験主催者名		
体験会場		
体験者数		
体験者の感想		
主催者としての 感想意見、要望など		
物品の損傷 有無と内容	1.破損無し  2.破損有り 破損箇所  [ ]	

擬似体験セットを返却する際に提出してください。  
返却期日はお守りくださるようお願いいたします。