

授乳・おむつ替え用テント結果報告書

令和 年 月 日

島田市子育て支援ネットワーク会長 様

主催団体名

代表者住所

代表者名

授乳・おむつ替えテントの実施結果について下記のとおり報告します。

使用期間	月 日 () 時 から 月 日 () 時 まで
※事業実施後、返却前に物品等に破損や不足がないかご確認ください。	
<input type="checkbox"/> 返却物に <input type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> ペグ (本) <input type="checkbox"/> ペグハンマー <input type="checkbox"/> ロープ <input type="checkbox"/> 水納 (4 ケ) <input type="checkbox"/> クッションシート <input type="checkbox"/> 折り畳み椅子 <input type="checkbox"/> おむつ交換台 <input type="checkbox"/> のぼり旗一式 <input type="checkbox"/> ポール (2 本) <input type="checkbox"/> 固定台 (2 ケ) <input type="checkbox"/> 旗 (各 1 まい) <input type="checkbox"/> その他 (
<input type="checkbox"/> 返却物品に破損・汚損はありません ※破損・汚損があった場合は、子育て応援課までご連絡ください。	

その他、お気づきの点がありましたらご記入ください。	
---------------------------	--