

吸乳器借用协议表格
缅因州 CDC WIC 营养计划



当地机构名称：	吸乳器型号： 吸乳器序列号： 吸乳器资产标签编号：
参与人（母亲）姓名及身份证件编号：	宝宝姓名及身份证件编号： 宝宝出生日期：
住家电话： 备用电话号码：	备用联系人姓名： 备用联系人电话号码：
借用吸乳器的原因：	

借用协议：

- 本人明白，缅因州 CDC WIC 营养计划即将向本人借出吸乳器。
- 本人明白，吸乳器是根据优先顺序借出的，如果机构提出要求或者他人的优先级高于本人，本人将归还吸乳器。
- 本人明白，在下列情况下，本人必须归还吸乳器：
 - 错过约诊或者不再前往 WIC
 - 宝宝年满一岁
 - 医疗需求已得到解决
 - 宝宝喝的配方奶超过了所批准的量
 - WIC 工作人员无法联系到本人，以评估是否需要继续借出吸乳器
- 本人明白，本人对吸乳器承担责任，并且必须原样归还。
- 本人明白，如果本人不归还吸乳器或者致其损坏，WIC 计划可要求本人全额赔偿。本人明白，该吸乳器价值可高达 1000.00 美元。

客户签名	日期	
担保人姓名（如果客户未年满 18 岁）	担保人签名	担保人电话号码
WIC 工作人员签名	日期	已检查组装、使用和清理情况 工作人员姓名首 字母缩写

归还日期：_____ 工作人员姓 _____