

# 南部町社会福祉協議会 福祉バス使用申込書

(様式第1号)

使用日時	年 月 日 ( 曜日)		
	午(前・後) 時 分から 午(前・後) 時 分まで		
使用団体名			
団体代表者名	(氏名)	(電話番号)	
担当課	(担当課名)	(担当者名)	(電話番号)
使用目的			
車種	<input type="checkbox"/> マイクロバス (乗客27名(補助席未使用21名)) <input type="checkbox"/> ハイエース (乗客9名)		
目的地	バスのカーナビに 入力するために 必要です。	(施設名)	(電話番号)
	(住所)	* 町内の場合は住所・電話番号は不要です。	
往路	⇒	⇒	⇒
	( 時 分)	( 時 分)	( 時 分)
復路	⇒	⇒	⇒
	( 時 分)	( 時 分)	( 時 分)
乗車予定 人員	⇒	⇒	⇒
	( 時 分)	( 時 分)	( 時 分)
乗車 人員	名	給油負担者	担当課 使用団体

上記の通り使用の申込みをします。

年 月 日

担当課

課長名

印

南部町社会福祉協議会長 様

社協記入欄	受付職員名	手配職員名
	運転手	