

南部町社会福祉協議会 福祉バス使用申込書

(様式第2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	団体名						
	代表者	(住所)					
	担当者	(氏名)		(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)	⇒
		(時 分)	⇒	(時 分)	⇒	(時 分)	
復路		(時 分)	⇒	(時 分)	⇒	(時 分)	⇒
		(時 分)	⇒	(時 分)	⇒	(時 分)	
乗車 予定 人		名	給油負担者	利用団体	その他		

上記の通り使用の申込みをします。

年 月 日

団体代表者氏名

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			