

会長	事務局長	総務係長	福祉係長	主査

## 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)
復路		⇒	⇒	⇒
		( 時 分)	( 時 分)	( 時 分)
乗車予定員		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

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	