

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	(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	⇒	⇒	⇒	
	( 時 分)	( 時 分)	( 時 分)	
乗車 人	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

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		