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）
		（氏名）　（電話番号）
	担当者	（氏名）　（携帯番号）
使用目的		
車種		□ マイクロバス（乗客27名（補助席未使用21名））　□ 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			