

様式第1号(第4条関係)

決 裁	会 長		事 務 局 長	
--------	--------	--	------------------	--

福祉バス使用申請書

使 用 日 時	月 日 () 時 分 から 月 日 () 時 分 まで
行 先 経 路 (往路・復路)	
使 用 目 的	
乗 車 責 任 者	住 所 所 属 職氏名 連絡先 固定電話 携帯電話
乗 車 人 員	人
乗務員の食事の有無	有・無 (どちらかに○を付けてください。)
備 考	
<p>上記のとおり福祉バスを使用したいので承認願います。</p> <p>身延町社会福祉協議会長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>職 氏 名 印</p>	

※使用制限：1回の乗車人員は、12人を超え23人までです。(座席19、補助席4)