

マイクロバス利用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人
糸魚川市社会福祉協議会長 様

住 所
団体名
氏 名



次のとおりマイクロバスを使用許可下さいますようお願いいたします。

1. 使用期間	自 令和 年 月 日 () 至 令和 年 月 日 ()	
2. 使用目的	3. 乗車人員	人
4. 行き先(目的地)		
5. 乗車責任者	(問い合わせ) TEL -	

6. 主な経過		※下記に書ききれない場合は別に提出ねがいます。 2日間にまたがる場合は2日間の経路の記入をお願いします。					
1日目 月 日	行き	経路	(出発場所)	→	→	→	→
	時間	(出発時間)	:	:	:	:	:
帰 り	経路	(出発場所)	→	→	→	→	
	時間	(出発時間)	:	:	:	:	:
2日目 月 日	行き	経路	(出発場所)	→	→	→	→
	時間	(出発時間)	:	:	:	:	:
帰 り	経路	(出発場所)	→	→	→	→	
	時間	(出発時間)	:	:	:	:	:

7. 備考	※その他、連絡事項がある場合は下記にご記入下さい。

※ 裏面の要綱(抜粋)を留意のうえ、ご使用下さい。

(注) 許可した場合であっても、社会福祉協議会が利用するときは、取り消しさせていただきますことがありますので、ご了承願います。

また、マイクロバスの申し込みにあたり次の事を厳守願います。

申込書提出期限	(利用日)	(提出期限)
	1日から15日の間	→ 前月の16日まで
	16日から月末の間	→ 当月の 1日まで