

マイクロバス使用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人
糸魚川市社会福祉協議会 会長 様

◇住 所:
◇団 体 名:
◇代表者氏名:

印

次のとおりマイクロバスの使用許可をくださいますようお願いいたします。

1 使用日	令和 年 月 日 ()	2 乗車人員	人
3 使用目的			
4 行き先 (目的地)			
4 申込責任者	(電話番号)	-	-
5 乗車責任者	(電話番号)	-	-

6 行 程		※ 下記に書ききれない場合は、別紙での提出も可能です。		
行き	場所	→	→	→
	時間			
帰り	場所	←	←	←
	時間			
7 給油予定スタンド				

8 備 考	※ その他、連絡事項がある場合は、下記にご記入ください。

※ 使用を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くことがありますので、ご了承願います。

申込書の提出期限	利用可能を確認後、使用日の前月15日まで (例:R8. 5. 20利用はR8. 4. 15まで)
----------	--

※ 期限厳守

決裁 (社協用)	事務局長	課 長	係 長	担 当

<利用可能の可否確認>
★利用日の属する月の前月1日までに利用の可否を事務局に確認のうえ、「使用申込書」を提出してください。

※ 社会福祉協議会の記入欄です。

【 1 委託業者への連絡】 (日時と行先等)	月 日
【 2 委託業者への連絡】 (行程表)	月 日
【 3 請求書の送付】	月 日
【 4 領収書の発行】	月 日

不要 ・ 必要

不要 ・ 必要