様式第１号(第４条関係)

マイクロバス使用申込書

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日社会福祉法人湯梨浜町社会福祉協議会長　様団体名　責任者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　次のとおり配車をお願いします。 |
| 使用目的 | 　 |
| 行先及び経路 | 　 |
| 使用日時 | 使用日時 | （往路）　出発時刻 | （復路）出発時刻 |
| 　　　月　　　日　　　　　　曜日 | 午前　　時　　分午後　　時　　分 | 午前　　時　　分午後　　時　　分 |
| 使用団体名 | 　 |
| 使用責任者名 | 　 |
| 乗車予定人員 | 　　　　　　　　　　　人 |
| 連絡方法 | 電話(　　　　　　　　　　番) |
| 備考 |  |

|  |
| --- |
|  |

マイクロバス使用許可証

　　使用団体名

　　責任者氏名

　　使用日　　　　　年　　月　　日

　　使用目的

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　湯梨浜町社会福祉協議会長