

事務局長	次 長	係 長	係	合 議

天理市福祉バス（ふれあい号）使用承認申請書

使用団体名			
使用目的		目的地	
使用予定日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()		
乗車予定人数	人内	(車イス固定席 人) (リフト使用 有・無) (チャイルドシート 人)	(車イス使用者 人) (ベビーシート 人) (ジュニアシート 人)
運行計画 記入欄が不足する場合は別紙により添付してください	時 間	運 行 先	備 考
	:		出 発 地
	:		
	:		
	:		
	:		
	:		
	:		
	:		帰 着 地
代表者名	住 所		
	氏 名	(印)	
	電話番号		
使用責任者名	氏 名		
	電話番号		

上記のとおり申請します。

年 月 日

社会福祉法人

天理市社会福祉協議会 事務局長 様

※ 運行先の地図、電話番号等参考になるものがあれば添付してください。