

天理市福祉バス（ふれあい号）使用承認書

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) (車イス使用者 人) (リフト使用 有・無) (ベビーシート 人) (チャイルドシート 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	
	:		出 発 地
	:		
	:		
	:		
	:		
	:		
	:		帰 着 地
	代表者名	住 所	
氏 名			
電話番号			
使用責任者名	氏 名		
	電話番号		

1. 上記申請書は、次の条件を付して、承認する。

2. 上記申請書は、次の理由により承認できない。

承認条件	1. 裏面の注意事項の厳守 2. 使用後速やかに最終乗車人数を報告して下さい。
承認できない理由	

年 月 日

社会福祉法人
天理市社会福祉協議会
事務局長

⑩

※裏面の注意事項を必ずお読み下さい。

天理市福祉バス（ふれあい号）使用の注意事項

このバスは、市の機関又は社会福祉等の活動を推進することを目的に運行されています。
《使用者がより安全、快適に利用いただくために、次の事項をお守りください。》

- ① 使用当日に使用責任者は、使用承認書を運転手に提示し、運行計画を確認してください。
なお、使用当日の行程変更は認められませんが、交通事情により変更する場合があります。
- ② 使用責任者は、運転手の近くに座り、絶えず運転手と連絡できるようにしてください。
- ③ 安全運転のため、運行中は運転手の指示に従ってください。
- ④ 車内での喫煙、飲酒はご遠慮ください。
- ⑤ 悪天候やバスの故障等により運行上支障がある時は、バスを運休する場合があります。
- ⑥ 運行先での駐車場の確保は、使用団体で行ってください。
- ⑦ 有料道路の通行料、運行先での駐車料等は使用者負担となります。その都度、使用者が支払えるよう用意してください。
- ⑧ 車内で生じたゴミは、各自お持ち帰り願います。
- ⑨ 使用当日に止むを得ず運行を中止する場合は、速やかに使用団体の責任者が、直接下記の事業者連絡し、その後、社会福祉協議会まで報告してください。

(有)天理交通 TEL 0743-63-5850

社会福祉法人

天理市社会福祉協議会 TEL 0743-61-2200