

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

(印)

※裏面の注意事項を必ずお読み下さい。

