

佐賀市社会福祉協議会会長 様

(申込団体) 団 体 名

〔利用許可書送付先〕代表者住所

代表者氏名 (直筆)

申込担当者

電話番号 ()

福祉バスの利用に関する要綱に基づき、下記のとおり福祉バスを利用したいので申し込みます。

利用責任者 〔当日引率者〕	(氏名)	電話番号 ()	(携帯)	()
利用目的 ※研修要綱等 具体的に分かる資料を添付 ください。 (シャム除く)	※該当箇所にチェックをし、目的を記入ください。 <input type="checkbox"/> 福祉事業・活動 <input type="checkbox"/> ボランティア活動 <input type="checkbox"/> 福祉に関する研修	目的地	利用時間	※出発 9時以降 ※到着 16時まで 時 分～ 時 分
利用日	年 月 日 ()	利用人数	人	高速道路の使用 使用(21席)・未使用(27席)
バス 配車場所	※安全の為、広い場所を確保してください。	配車時間	※配車時間 9時以降 時 分	
運行経路 (詳細) ※別紙添付で 省略可	場 所	到着時間	出発時間	
	(出発地)	電話番号 ()	/	:
	↓	電話番号 ()		
	↓	電話番号 ()	:	:
	(昼食)	電話番号 ()		
	↓	電話番号 ()	/	:
	↓	電話番号 ()		
(帰着地)	電話番号 ()	:	:	

申込担当者TEL 高速道路の使用有無(定員確認) 昼食会場の場所 経路の滞在時間 注意説明

事故の賠償は、社協が加入する損害保険で適用できる範囲とします。

(承諾欄)



又、バスの故障等により運行が出来ない場合があります。ご了承ください。

(決裁欄)

総務課長	総務課	係

福祉バス利用許可書

令和 年 月 日

上記申込団体 様

上記申し込みのとおり決定いたします。

決定No. _____ 号
登録No. _____ 号

社会福祉法人 佐賀市社会福祉協議会
会 長 御厨 安守