

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

社会福祉法人 佐賀市社会福祉協議会

登録No. \_\_\_\_\_ 号

会長 御厨 安守