

会 長	事務局長	課 長	グループ長	係	
					可 否

(様式第1号)

令和 年 月 日

薩摩川内市社会福祉協議会
会 長 上 屋 和 夫 様

利用責任者 住 所 薩摩川内市

氏 名

電話番号

福祉バス利用申請書

※ 希望のバスに○を記してください。

下記により、【() 福祉バス () 福祉マイクロバス () 身障バス】を利用したいので申請します。

記

団体名			
団体種別	<input type="checkbox"/> 高齢者クラブ <input type="checkbox"/> サロン <input type="checkbox"/> 地区コミ <input type="checkbox"/> その他		
利用目的			
利用日	令和 年 月 日 ()	利用人数	名
行き先			

運行予定表

始発時間	経 由	⇒	経 由	⇒
場 所		場 所		場 所
時 分		時 分着		時 分着
		時 分発		時 分発
経 由	⇒	経 由	最終地	備 考
	場 所		場 所	帰路 時 分
	時 分着		時 分着	
	時 分発		時 分発	
緊急時の 連絡先	目的地		電話番号	
	昼食場所		電話番号	