

(様式第1号)

## ふれあい福祉バス利用申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 女川町社会福祉協議会  
会 長 的 場 登 美 子 殿

申 込 団 体	住 所	
	団 体 名	
	代 表 者 名	ふりがな <span style="float: right;">㊟</span>
	電 話 番 号	

ふれあい福祉バス事業実施要綱に基づき、下記のとおり福祉バスを利用したいので申込みます。

利用責任者名	ふりがな	連絡先 TEL ( )		
車両運転者氏名	ふりがな	連絡先 TEL ( )		
行 事 名				
利 用 目 的	(研修内容等を具体的に記入してください)			
利 用 日 時	月 日 ( )	自 時 分 至 時 分		
利 用 人 数	人 (うち車イス使用者 人)			
行先経路及び時間	場 所	住 所	到着時間	出発時間
	(出発地)		/	:
			:	:
			:	:
			:	:
	(帰着地)		:	/
摘 要				

※この福祉バスは研修等を目的としたものですので、研修目的や内容等を明記して下さい。  
※添付資料 実施要綱又は募集要綱等を必ず添付して下さい。また、運転者の免許証の写しも必ず添付願います。