

事務局長	事務局次長	係長	係員

## 高齢者マイクロバス使用申込書

下記により高齢者マイクロバスを使用したいので申し込みます。

申込年月日 令和 年 月 日

社会福祉法人結城市社会福祉協議会

会 長 塩 森 茂 郎 殿

使用団体名			
責任者氏名	①	乗車人員	人
責任者住所	連絡先		
	当日連絡先（携帯等）		

使用日	令和 年 月 日 ( )		
目的地			
目的地住所	県・都	市・町・村	
目的地電話番号		使用目的	
出発場所			
運行経路	{ } ~ { } ~ { } ~ { } ~ { }		
	時 分 時 分 時 分 時 分 時 分		
	{ } ~ { } ~ { } ~ { } ~ { }		
	時 分 時 分 時 分 時 分 時 分		
昼食場所 (名称住所等)			

### ※申込上の注意

- 1 運行途中の変更等、許可事項の変更は、原則として認めません。
- 2 乗車人員は、10人以上です。
- 3 バス乗車名簿に、各乗車人員の所属団体を記入して下さい。
- 4 使用時間は、出発から帰着まで原則として、**午前8時30分から午後5時まで**です。
- 5 やむを得ない理由により運行できない場合は、当日であっても許可を取り消すことがあります。
- 6 運行しない日は、12月28日から1月4日まで及び自動車検査日です。
- 7 責任者、引率者、添乗者等は、乗車人員を確認し、乗降等に関して充分指導して下さい。
- 8 高齢者マイクロバス使用に関して生じた事故については規程で定める場合以外は一切その責を負いません。
- 9 運行途中、昼食をとる際にマイクロバス運転手の昼食に関しましては、運転手が各自準備しておりますので団体では用意せずをお願い致します。
- 10 使用申込みに際し、**連絡先については①通常時②当日連絡先（携帯等）**をお願いします。
- 11 **責任者の住所・氏名・連絡先（当日）**について、**本会の委託する業者へ通知すること**を予めご了承ください。