

回 覧						
会 長	事務局長	アドバイザー	課長	課長補佐	係長	係

※太枠の中を記入してください。

福祉バス使用申請書				年 月 日	
添田町社会福祉協議会会長 様					
住 所 団 体 名 代表者名 電話番号			印		
使用責任者		電話番号			
運 転 手		免許証番号			
貸渡開始日時	年 月 日 時 分	返還予定日時	年 月 日 時 分		
行 先					
行 程 表		乗 車 人 数			
引渡時			引取時		
返 還 日 時	年 月 日 時 分	返 却 時 燃 料			
返 還 確 認					
引渡/受領者署名		印	引取/受領者署名		印
備 考					

(別紙)

## 使用目的及び行程表

項目	内容		
出発場所	添田町	解散場所	利用者宅
目的地	①	住所：	
		TEL：	
	②	住所：	
		TEL：	
	③	住所：	
		TEL：	
	④	住所：	
		TEL：	
使用目的			
行程表 (詳しく書くこと)			