

会長	事務局長	課長	課長補佐	係長	係	担当

No. \_\_\_\_\_

## マイクロバス利用申請書

利用目的							
使用日時		平成 年 月 日( ) : ~ :			人数		
		※時間は8:30~17:30の間でお願いします					
往 路	出発時間			復 路	出発時間		
	出発場所				出発場所		
	目的地				目的地		
【経路】(できるだけ詳細に、別途資料あれば添付可)							
乗車責任者				連絡先(携帯等)			
備 考							

貴社会福祉協議会運行要綱を守り、上記のとおり申込みいたします。

平成 年 月 日

団体名 \_\_\_\_\_

責任者 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

社会福祉法人新発田市社会福祉協議会長 様

事務局記入欄	<input type="checkbox"/> バス予約表	<input type="checkbox"/> 運転手( )	
--------	--------------------------------	---------------------------------	--