

## マイクロバス等貸出車両使用申請書

年 月 日

社会福祉法人

東広島市社会福祉協議会長 様

団体名 \_\_\_\_\_

住所（所在） \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおりマイクロバス等貸出車両（ \_\_\_\_\_ 号）の使用を申請します。

使用日時	年 月 日（ 曜日 ） 時 分 ～ 時 分		
使用目的			
目的地	（所在地市町村名） （施設等の名称）		
運行経路	別紙行程表のとおり		
添乗責任者	（役職） （氏名） （電話番号）		
運 転 者	住 所		
	氏 名	電 話	
乗車人員	人（乗車名簿にて人員確定 ※運転手は人数に含まない）		
行事保険	有 ・ 無	保険会社代理店名	担当者名
受取日時	年 月 日	返却日時	年 月 日
	時 分		時 分

**※貸出車両の受渡・返却時間は、午前8時30分から午後5時15分までです**



マイクロバス等貸出車両乗車名簿

使用団体名 \_\_\_\_\_ 使用日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

番号	氏名	住所	電話番号
1			—
2			—
3			—
4			—
5			—
6			—
7			—
8			—
9			—
10			—
11			—
12			—
13			—
14			—
15			—
16			—
17			—
18			—
19			—
20			—
21			—
22			—
23			—
24			—
25			—
26			—
27			—
28			—
運転手			

※最低貸出人数 14名以上