

西原町マイクロバス使用申請書

申請日 令和 年 月 日

社会福祉法人
西原町社会福祉協議会会長 殿

団 体 名
住 所 印
代表者氏名

1号車	2号車	下記のとおり使用致したいので許可下さるよう申請致します。			
使用日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
使用目的					
行 先	出発時間	出発場所	到着場所		
	:	⇒			
	:	⇒			
	:	⇒			
	:	⇒			
	:	⇒			
	:	⇒			
	:	⇒			
	:	⇒			
集合場所				乗車予定人数	名
担当者連絡先	氏名		連絡先		
許可条件	(1) マイクロバスの定員は 29名(運転手含む) とする。それ以上の定員超過は固く禁ずる。ただし申し込み運行は 15名以上 とする。 (2) マイクロバス運行は、月曜日から金曜日の午前9時から午後5時までとする。 (3) マイクロバスに損傷を生じた場合修理復元してから返納する。 (4) 損害の賠償の責任は、保険で適用できる場合を除いて使用団体が責任を負う。 (5) マイクロバス使用規定を厳守する。(6) 車内は、禁煙、禁酒を厳守する事。 (7) 使用代表者は、使用許可申請書を使用する 15日前 までに提出する。				

決 裁	会 長	事務局長	係 長	主 任	係