

# 福祉バス使用許可申請書

決 裁 覧			局長	係
	許 可	不 許 可		

平成 年 月 日

北中城村社会福祉協議会 殿

団体名 \_\_\_\_\_  
(TEL \_\_\_\_\_)  
申請人 \_\_\_\_\_

使用日時	平成 年 月 日 時 分 から	平成 年 月 日 時 分 まで
返納期日	平成 年 月 日 {午前・午後} 時 分	
行き先		運転手氏名
使用目的		
許 可 条 件	<p>(1) <u>福祉バスの運転手は大型自動車運転免許証取得者に限る。</u></p> <p>(2) 福祉バスの定員数は29名(運転手含む)とする。それ以上の人数超過は、 難く禁ずる。</p> <p>(3) 運転手は出発前に必ず車両の点検を行い安全運行に努める。</p> <p>(4) 使用者は車両の清掃をして洗車の上、返納する。</p> <p>(5) 使用者は使用后、消費した燃料を補給して返納する。</p> <p>(6) 使用中の事故および損傷、その他の故障については使用者の責任とする。</p> <p>(7) その他、福祉バス使用規程を順守する。</p> <p style="text-align: center;">上記の条件を順守します。</p> <p style="text-align: right;">団体名 _____ 住所 _____ TEL _____ 責任者 _____ 氏 名 _____ 印</p>	