

マイクロバス使用許可願

使用年月日	平成 年 月 日 時 分 ~ 平成 年 月 日 時 分 日
使用目的	
目的地	
出発地・時間	場所・ 出発時間・ :
運転者氏名	(昼有・無)
同乗者数	名
使用責任者	氏名: 電話:
燃料負担	1. あり 2. なし
E T C 使用	1. あり 2. なし

上記のとおり、貴会所有のマイクロバスの使用許可願いを申請します。

なお、使用にあたっては、貴会のマイクロバス使用規程を遵守して使用することを確約いたします。

バスの移動中以外の事故に対する対策として使用団体で行事保険・旅行傷害保険等に加入することをお勧めします。

※事故にかかわる一切の処理は、当該使用団体にて責任を持って行ってください。

平成 年 月 日

愛南町社会福祉協議会長 殿

申請者 団体名 _____

代表者 _____ (印)

※必ず同乗者名簿・開催要綱等内容のわかるものを添付してください。