

マイクロバス使用許可願

使用年月日	令和 年 月 日 時 分～ 令和 年 月 日 時 分
使用目的	戸外活動
目的地	
出発地・時間	場所・ 出発時間・ :
運転者氏名	(昼食 有・無)
同乗者数	名
使用責任者	氏名: 電話:
燃料負担	満タンにて返却

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。

令和 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。