

## 福祉バス使用申込書

宇佐市社会福祉協議会長 殿

団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

下記により福祉バスを使用したいので申し込みます。

使用日時	平成 年 月 日 時 分 平成 年 月 日 時 分	から	まで		
使用目的					
乗車人員	名				
運行経路					
乗車責任者 及び担当者					
連絡先	宇佐市大字	TEL			
	決裁	事務局長	課長	担当	受付

申し込みする際は、次の点に注意してください。

1. 予約は1ヶ月以内とします。
- \* 2. 万一、当会の行事と重なった場合は当会の使用を優先しますのでご了承ください。
3. 運転手に対する謝礼は一切受け取れません。
4. 事故の補償は当会加入の任意保険の範囲内となります。
5. 走行中以外(乗り降り等)、運転手の指示に従わないで発生した事故は責任を負いかねます。
- \* 6. ごみは、降車の際に乗車責任者が必ず持ち帰ってください。
7. 乗車できるのは原則として宇佐居住の方とします。
- \* 8. 使用した団体には、使用毎に燃料代を負担していただきます。

上記のことを承諾します。

代表者名

印