

福祉リフトバス使用許可申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人
関市社会福祉協議会 会長 様

登録番号

住所

氏名 印

電話 ー

規程を遵守し、次のとおり使用したいので申請します。

使用目的	通院 サロン 入浴 余暇活動 その他()	予約 有・無 (時間 :)
使用月日	平成 年 月 日() 時 分～ 時 分	
行き先	中濃厚生病院 関中央病院 わかくさプラザ その他()	
行き 乗車場所	自宅 その他()	時刻 時 分
帰り 乗車場所	行き先と同じ その他()	時刻 時 分

上記のとおり使用を許可する。

利用者

様

許可番号 第 号
平成 年 月 日

社会福祉法人
関市社会福祉協議会 会長

【注意事項】

- 1.天候により運行できない場合がありますのでご承知ください。
- 2.利用状況によりご希望に添えない場合がありますので
ご承知ください。
- 3.当日の帰りの迎えが遅れる場合のみ事務局へ電話をください。

	課長	担当者
決裁		