（別紙１）

大山町社会福祉協議会マイクロバス使用許可願

社会福祉法人

大山町社会福祉協議会

　会長　　山本　尚三　様

マイクロバスの使用について、下記の通り申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　　） |
| 申請者住所 | 西伯郡大山町 |
| 申請団体名氏名 | 団体名 |  | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 事業名 |  | 使用予定人数 | 人 |
| 使用日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　：　　　～　　　： |
| 使用目的と効果 | （どのような効果が期待できるのか具体的にご記入ください） |
|  |
| 行程 | （乗車及び降車時間、停車場所、行先住所をご記入ください）（※行先住所が、「鳥取県、島根県安来市、松江市」以外は運行対象外です） |
|  |
| 燃料代請求先 | （どちらかに〇をしてください）・申請者欄と同じ・それ以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（別紙２）

使用予定人員名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名 | 住所 | 乗車場所 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |