

マイクロバス使用申込書

平成 年 月 日

保健福祉課長 様

申込者

印

患者輸送バス		コスモス荘送迎バス	
使用 日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
使用 目的			
行先			
使用 責任者		担当者 氏名	
運転者		乗車 人員	名

- 厳守事項
- 1 町の主催する行事で、他に交通手段を確保できないものに限る。
 - 2 必ず、仕業点検をすること。
 - 3 使用後は、必ず清掃すること。
 - 4 燃料は、満タンにして返すこと。(燃料は軽油)
 - 5 申込者は、各課等の長でお願いします。

保健福祉課	課長	補佐	係長	係

許可印

