

リフト付福祉バス使用申込書

平成 年 月 日

盛岡市立身体障害者福祉センター

所長 様

団体名

代表者名

電話

リフト付福祉バスを使用したいので、次のとおり申し込みます。

使用目的	
使用日時	年 月 日(曜日) 午前 時から午後 時まで
責任者	氏名 電話
運行経路	
乗車人員	名 (車椅子利用者 名 介護者 名)
乗降場所	
備考	

* 別途、計画書や地図などがありましたら添付をお願いします