

決 裁	事務局長	合 議	担当者

## 町福祉センターマイクロバス使用申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 川根本町社会福祉協議会長 様

住所 川根本町

団体名

氏名

印

1 使用目的	
2 使用区間	※マイクロバスの使用区間は静岡県内をお願いいたします。
3 使用日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分より
	令和 年 月 日 ( ) 時 分まで
4 使用責任者	住所 川根本町
	電話 — — ※不測の際に、運転手から直接連絡の取れる携帯番号等をご記入く
	氏名
5 燃料請求書 送付先	氏名 <input type="checkbox"/> 使用責任者と同じ
6 運転手	勤務時間 時 分～ 時 分
7 事務局長の 判断	この使用目的は、公務として認めます。 事務局長 印
8 その他	

\*上記の目的によりマイクロバスを使用したいので許可されたく申請します。  
なお、使用後の整備、清掃は責任をもって行ないます。

