

リフトバス「ながら号」利用申込書

申込日 年 月 日

岐阜県社会福祉協議会
会長 尾 関 尚 司 様

申込者
所在地 〒

代表者
担当者
TEL - - FAX - - 印

リフトバス「ながら号」の利用について下記のとおり申し込みます。

利用人員	障害(児)者又は介助を要する高齢者 人 (うち車内車椅子固定席利用者 人) 介添者 人 合計 人 <small>*参考: 計28席(一般席20席、補助席4席、車椅子固定席4席)</small>		
利用日	年 月 日 () から 年 月 日 () まで <small>*2日以内</small>		
利用目的			
配車時間	午前・後 時 分 <small>*乗車に要する時間、出発時間を勘案し記入ください。</small>	出発時間	午前・後 時 分
配車場所	住所	目的地	
帰着時間	午前・後 時 分	帰着場所	
緊急 連絡先	代表者氏名(乗車する方)	TEL	- -
	関係者氏名(乗車しない方)	TEL	- -
同行車	有 (台) ・ 無		
宿泊の 有無	有 ・ 無	運転手の 宿泊	有 ・ 無
宿泊場所	(住所:)		
特記事項	*特に介助を必要とする場合等		

*添付書類 (行程表、配車場所を示す詳しい略図)

*本書に記載された個人情報、リフトバス「ながら号」運行管理目的のみ利用します。

< 行 程 表 >

配車時間 :
配車場所

出発時間 :

帰着時間 :
帰着場所

(注) 時間を追って詳しく記入して下さい。

<配車場所を示す詳しい地図>

配車場所の名称等

配車場所住所等

(TEL — —)

(注) 目標となる建物等を明示してください。

停車位置(駐車場等)の指定がある場合は明示してください。