

係	係長	次長	事務局長	常務理事	会長

(様式第1号)

## 福祉バス使用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人鳥栖市社会福祉協議会会長 様

使用申込団体

代表者氏名

⑩

下記により福祉バスを使用したいので、確認事項を承諾のうえ、申し込みます。

記

使用責任者	住 所				
	氏 名		電 話		
使用期間	年 月 日 ( 曜日)	午前・午後	時	分	から
	年 月 日 ( 曜日)	午前・午後	時	分	まで
使用目的					
乗車人員	※最大28人まで				
出発場所 及び目的地					
運行経路					
参考事項					
利用者 確認事項	<p><b>【貸与時間】</b> 原則、土日・祝日を除く9時～17時の範囲とする。</p> <p><b>【福祉バス棄損時の損害賠償責任】</b> 福祉バスの使用に関し、車両、備品及び車両に附属する設備を棄損したときは、利用者はその損害を賠償しなければならない。</p> <p><b>【損害の賠償】</b> 福祉バスの運行中の事故により生じた損害については、本会が功加入している保険の範囲で補償する。</p>				