

会 長	局 長	係 長	受付者

様式第1号

<h2>御前崎市社会福祉協議会マイクロバス使用許可申請書</h2>	
平成 年 月 日	
社会福祉法人 御前崎市社会福祉協議会 会 長 様	
申請所属課長	印
住 所 団体名 氏 名 (TEL) 印
下記のとおり使用したいので、ご許可願いたく申請します。なお使用については、御前崎市社会福祉協議会マイクロバス使用規則を遵守し、以下確認の上返却します。	
・燃料満タン返し（使用者支払い） ・車内清掃 ・使用簿付け	
使用目的	
使用日時	平成 年 月 日 () 時 ~ 時
運 行 先	乗車人員 (29人) 名
	運転手氏名

<h2>御前崎市社会福祉協議会マイクロバス使用許可書</h2>	
上記により御前崎市社会福祉協議会マイクロバスの使用を許可する。 使用の際は、この許可証を係員に提示してください。	
_____ 様	
平成 年 月 日 御前崎市社会福祉協議会	