**福祉バス使用許可願書**

（福祉団体等用）

令和　　年　　月　　日

佐久穂町社会福祉協議会長　様

団体名

住　所

申 請 者

氏　名

T E L

下記により、福祉バスを利用したいので許可願います。

記

１．目　　的

２．利用日時　　　　　　令和　　年　　　月　　　日から 令和　　年　　月　　日

　　　　時　　　分　～　　　　時　　　　分まで

３．行程

４．人員

５．その他

６．運転手

* 経過処理　　　　　　許 可　 令和 　年 　月 　日

不許可　 令和　 年　 月　 日

 **使用後は車内を清掃し、軽油を満タンにして返却してください。**

* **軽油代は貴団体様負担となります。**