福 祉 バ ス 仮 予 約 表

　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和 年　　　月　　　　日

大野城市社会福祉協議会会長　様

団体名

申請者

連絡先 （携帯）

返信先　(下記のいずれかをご記入ください。)

メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 F A X

使用団体名

使用希望日　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　曜）

使用目的

年間計画　　　　計画あり　・　計画予定　・　計画なし

備　　考 社協受付日　　　　　　　受付者

------------------福 祉 バ ス 仮 予 約 決 定 通 知------------------

福祉バス仮予約の決定を通知します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　曜）　までに福祉バス使用願（様式第1号）を

提出してください。（期日までにご提出いただけない場合、仮予約を取り消すことがあります。）

決定通知日　　　　　　　担当者