

< 様 式 1 >

会 長	局 長			担 当

申 込 日      年      月      日

リフト付観光バス(清流クローバー号)申込書

一般財団法人岐阜県身体障害者福祉協会  
会 長            様

団 体 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

清流クローバー号の利用について下記のとおり申込みます。

利 用 日	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで		
目 的 地			
利 用 目 的			
利 用 人 員	障がい者            人 (内車いす            人) 介 助 者            人 合 計                人		
主 な 障 が い 名			
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		
帰 着 時 間	午前・後            時            分	帰 着 場 所	住所
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
代 理 業 者 名	会 社 支 店 名	連 絡 先	
	住 所	担 当 者 名	
	備 考		
※ 確 認 欄	申込みの内容について確認しました。 岐阜県身体障害者福祉協会 会 長		印