

< 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 _____

担当者名 _____

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