

(第2号様式)

受付 No. _____

日の出町社会福祉協議会保有 自家用大型バス使用申請書

社会福祉法人 日の出町社会福祉協議会長 様

下記のとおり社会福祉協議会保有の自家用大型バスを使用したく申請します。

令和 年 月 日

使用団体等 住 所 日の出町 平井・大久野

団 体 名

代表者名

担当者名

電 話

携帯電話

-

-

-

☐ 申請に関し、許可条件確認しました。 (印)

○ 運行内容

使用日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分から
	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分まで
使用目的	研修・会議等の目的
会議等の名称	会議名または研修名
行先	会議、研修場所等の所在地及び名称等 予定走行距離数 K m
乗車予定人員	名 正シート乗車数 3 2 人

ETCカード	: 使用 (個人 (団体) 用 ・ 社協用) ・ 不使用
車イス使用	: 有 (介助用・自走用) ・ 無
使用する場合は、備品借用申請書の提出が必要です。	

備考 打合せ: / () 小地域福祉活動の場合、 地域福祉係へ情報の提供 (未 ・ 済)	処理欄 (受付日: 令和 年 月 日)					
	事務局長	次長	課長	係長	係	受付

社会福祉協議会保有の自家用大型バスの運行について、次の条件を付して許可します。

・許可条件

- 1．運転担当職員との打合せを、必ず、**運行日の2週間前まで**に行ってください。
- 2．承認後であっても、**慰安、観光、親睦等、旅行目的**と判明した場合は、許可を取消します。
- 3．天候不良等(台風、降雪)、災害等発生時には、安全面を優先し運行中止となります。その場合行程に係る経費(キャンセル料等)の本会での補償はありません。
- 4．車内の秩序維持、ゴミの持ち帰り等、運転職員の指示に従うよう協力願います。
- 5．行程にかかる傷害保険等については、使用者が責任を持って加入してください。
(福祉協力員が実施する小地域福祉活動で使用する際には、本会で加入しているため改めて 掛けていただく必要はありません。)
- 6．バス運行中に事故が発生した場合の搭乗者損害賠償については、本会が加入する損害賠償保険の賠償額の範囲内となります。(本会に過失がある事故の場合)

配車場所	配車時間 午前・午後 時 分	出発時間	午前・午後
集合場所	集合場所が複数箇所になる場合には、詳細に場所、時間をご記入ください。		
運行経路	<u>事前に研修場所の下見を行い、当日の運行がスムーズに行えるようご協力ください。</u> <u>必ず研修場所等の特大バスが駐車できる駐車場を使用団体側で確保してください。</u> 研修場所のパンフレットや地図等を、申請書と一緒に添付してください。		

誓 約 書

バス運行中に交通事故等が発生した場合、本会に対して、行程に関わる補償等の請求は一切しない事を誓約いたします。

令和 年 月 日

社会福祉法人

日の出町社会福祉協議会長 様

○使用団体

団 体 名

代表者名

㊞

当日使用責任者

㊞

NO	同乗者名	NO	同乗者名
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16		32	
別で作成した名簿の提出でも可（ただし、名前のみ記載してあるもの）			