

(様式1)

障害者福祉バス利用申込書

平成 年 月 日

茨城県障害者福祉バス運行受託所事業者 殿

法人名

代表者氏名

印

住所

電話番号

下記のとおり障害者福祉バスの利用を申し込みます。

記

利用日時	平成 年 月 日 () 時 分から 平成 年 月 日 () 時 分まで *障害者福祉バス利用計画書(別紙)を添付して下さい(集合場所、利用者名簿)
利用する団体 施設等の表示	団体.施設名称 代表者.施設長名
利用目的	1.講習会・研修会・相談会 2.見学 3.機能回復訓練 4.スポーツ.レクリエーション 5.その他(具体的に)
用務先	施設名・所在地・電話番号
宿泊地	施設名・所在地・電話番号
乗車人員 (定員31人)	障害者 人(肢体 名、視覚 名、聴覚 名、知的 名 精神 名、内部 名)(うち車椅子使用者 名) 介護者 人 家族 人 その他 人 合計 人
責任者	住所 氏名 電話番号
緊急連絡先	氏名 電話番号 携帯電話

*申込は 有限会社 a c c 研究所

申込先 〒310-0813 茨城県水戸市浜田町 4 1 5 - 3

TEL 029-228-3333 FAX 029-222-2537

(別紙)

障害者福祉バス利用計画書

緊急連絡、電話、携帯
引率責任者氏名

日 程	コ ー ス		
月 日	乗車場所 出発時刻 — — — (:) 到着時刻 (:)		
月 日	乗車場所 出発時刻 — — — (:) 到着時刻 (:)		
利用名簿 (車椅子利用者*表示)			乗 車 場 所 略 図