

(様式 1)

障害者福祉バス利用申込書

令和 年 月 日

(茨城県障害者福祉バス運営受託事業者)

有限会社 a c c 研究所 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	令和 年 月 日 () 時 分から 令和 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	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)
目的地	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】
利用責任者名	住 所 氏 名 電話番号
緊急連絡先	氏 名 電話番号 携帯番号

*申込・問い合わせ先は 有限会社 a c c 研究所

〒310-0813 水戸市浜田町4-1-5番地3

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

障害者福祉バス利用計画書

緊急連絡先電話

携 帯 番 号

利用責任者氏名

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 (:)
乗車場所略図	

