

会長	局長	館長	次長	係長	受付者

様式第1号

## 御前崎市社会福祉協議会マイクロバス使用許可申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人御前崎市社会福祉協議会  
会 長 繁 田 昇 様

住 所  
団体名  
氏 名  
電 話

下記のとおり使用したいので、ご許可願いたく申請します。なお使用については、御前崎市社会福祉協議会マイクロバス使用規則を遵守し、使用後は速やかに返却します。

使 用 目 的			
使 用 日 時	令和 年 月 日 ( ) 時 ~ 時		
運 行 先	乗車人員(29人) 名		
	運転手氏名		

○マイクロバス使用直前確認(職員が確認後、□にレ点を入れる)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> アルコールチェックを実施し、酒気帯びではありません。                            |
| <input type="checkbox"/> 運転者の免許証は有効期限が切れておらず、種類に中型免許(8t限定不可)あるいは大型免許が記載されています。 |

## 御前崎市社会福祉協議会マイクロバス使用許可書

上記により御前崎社会福祉協議会マイクロバスの使用を許可する。  
使用の際は、この許可証を係員に提示してください。

様

令和 年 月 日

社会福祉法人御前崎市社会福祉協議会  
会 長 繁 田 昇