**大阪市舞洲障害者スポーツセンター　送迎バス利用申込書**

　　年　　月　　日

大阪市舞洲障害者スポーツセンター館長　様

所在地

団体名

代表者氏名 ㊞

（TEL　　　　－　　　　－　　　　）

（FAX　　　　－　　　　－　　　　）

次のとおり送迎用バスの利用を申込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用希望  年 月 日 | 年　 　月　 　日(　　 曜日) | 午前　　時　　分～午前　　時　　分  午後　　時　　分～午後　　時　　分 | |
| 乗車人数 | 障害者　　　　　名（車椅子　　　名） | 介護者　　　　名 | 合計　　　　　名 |
| 乗車責任者 | （TEL　　　－　　　　－　　　　） | | |
| 特に希望  する事項 |  | | |
| 乗車場所 | 区　　　　　　町通　　　　　丁目  （付近略図） | | |

**----------------------------------------《これより下段は記入しないでください》-------------------------------------**

次のとおり乗車場所へ配車します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配　　車  年 月 日 | 年　 　月　 　日(　　 曜日) | | 午前　　時　　分～午前　　時　　分  午後　　時　　分～午後　　時　　分 |
| 配車車両 | アミティ号 | 運転手名 | |
| 備　　考 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 館長 | 運営課長 | 主幹 | 運営代理 | 指導代理 | 運営主任 | 指導主任 | 係員 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |