（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　ａｃｃ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・問い合せ先は 有限会社　ａｃｃ研究所

　　〒310‐0813　　水戸市浜田町４１５番地３

TEL　029‐228‐3333／ FAX　029‐222‐2537

別紙（１）

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 | |
|  | |
|
|
|
|
|

別紙（２）

利 用 者 名 簿

● 障害者の方　（車椅子利用者の方には◎印をつけて下さい。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

● 介護者、家族、その他の方　（介護者の方には◎印をつけて下さい。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |