

【高齢者団体の方】

宛先：新潟市役所 高齢者支援課 福祉バス担当 行
F A X 番号：025-222-5531 このまま送信してください。

福祉バス予約応募票（F A X用）

送信日： 年 月

団体名			
代表者住所	〒		
代表者氏名			
代表者連絡先			
F A X 番号 (必須)	※福祉バスの抽選結果についてはこちらのF A X 番号へ返信いたします。		
利用バスの種類 (○で囲む)	・ リフトバス (21 人乗り+車いす利用者 2 席) 最少運行人数 10 人	・ 中型バス (4 5 席) 最少運行人数 20 人	リフトの使用 する・しない
希望利用日	第 1 希望	年 月 日 (曜日)	
	第 2 希望	年 月 日 (曜日)	
	第 3 希望	年 月 日 (曜日)	
	第 4 希望	年 月 日 (曜日)	
	第 5 希望	年 月 日 (曜日)	
利用予定人数	人		
通信欄			

市役所受付欄

--