

福祉バス利用者名簿

団体名 _____

利用日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

No.	車 い す 使 用	氏 名	住 所 (地番・号室まで)	No.	車 い す 使 用	氏 名	住 所 (地番・号室まで)
1				24			
2				25			
3				26			
4				27			
5				28			
6				29			
7				30			
8				31			
9				32			
10				33			
11				34			
12				35			
13				36			
14				37			
15				38			
16				39			
17				40			
18				41			
19				42			
20				43			
21				44			
22				45			
23							

※車椅子固定者は○印、車椅子積込者は△印をつけて下さい。

福祉バス利用者名簿は、安全かつ確実に運行し、不測の事態に備えるため、
必要とする情報を記入いただきます。

これらの情報は福祉バス運行業務以外には利用いたしません。