

希望荘 福祉バス利用者名簿 (提出〆切 使用日時の前月の20日まで)

団体名

運行予定日 西暦 年 月 日分

No	氏名	住所	該当するものに○を付けてください											
			肢 体	視 覚	聴 覚	知 的	内 部	精 神	発 達	ボ イ ア ン	者 関 係	車 い ず の 方		
1		熊本市												
2		熊本市												
3		熊本市												
4		熊本市												
5		熊本市												
6		熊本市												
7		熊本市												
8		熊本市												
9		熊本市												
10		熊本市												
11		熊本市												
12		熊本市												
13		熊本市												
14		熊本市												
15		熊本市												
16		熊本市												
17		熊本市												
18		熊本市												
19		熊本市												
20		熊本市												
21		熊本市												
22		熊本市												
23		熊本市												
24		熊本市												
25		熊本市												
26		熊本市												
27		熊本市												

座席数: 正座席24・補助席5(シートベルト無し)・車椅子スペース3台分

※折りたたんだ車椅子1台を積み込むことができます

※補助席の利用については「福祉バス利用規則」に注意事項の記載があります

☆別紙「福祉バス利用規則」を確認の上、作成されましたか? ←チェックを入れる

☆記載漏れはありませんか? ←チェックを入れる