**太 陽 号 利 用 者 確 認 票**

令和　　年　　月　　日

下表のとおり、車椅子リフトバス「太陽号」の利用を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 使 用 年 月 日 | 年　 月 　日（ 　）～　　　 年　 月　 日（ 　） |
| 利 用 者 名  （ 団 体 名 ） |  |
| 連 絡 先 | 責任者  TEL　　　　　　　　　携帯    FAX |
| 利用予定人員 | 総　数　　　　　　　　　うち障害者（児）数    　　　　　　　　　　　名　　　　　　　　　名  　　　　　　　　　　　　 ※必ず記入してください。 |

連絡先（この用紙の提出先）

　三重県津市一身田大古曽６７０番地２

三重県身体障害者総合福祉センター

℡：059-231-0155　FAX：059-231-0356

* 太陽号利用日の1ヶ月前までに、太陽号依頼書<行程表>及び参加者名簿を

提出してください。

＜提出先＞

太陽号依頼書<行程表>…三重県伊賀市古郡546-1　株式会社キタモリ

　　　　　　　　　　　　　℡：0595-38-1524　FAX：0595-36-9133

参加者名簿…三重県身体障害者総合福祉センター

℡：059-231-0155　FAX：059-231-0356