

松伏町移動支援事業利用申請書兼同意書

年 月 日

(あて先) 松伏町長

移動支援事業の送迎バスを利用したいので、下記の事項に同意して利用パスの交付を申請します。

【申請者】

フリガナ			
氏 名			
生年月日	☐ 大正・ ☐ 昭和 ☐ 平成・ ☐ 令和 年 月 日 (満 歳)		
住 所	〒343- 松伏町		
電話番号			
利用を考えている乗降ポイント			

【緊急連絡先 (申請者以外の方)】

フリガナ		続柄	
氏 名			
住 所	☐ 同上		
電話番号	☐ 同上		

松伏町移動支援事業にあたっての注意事項

移動支援事業は、病院が自らの業務サービスの一環として運行している送迎バスを、事業者などの厚意によって活用させていただく事業です。このことをよく理解し、以下のすべての内容に同意します。

- (1) 松伏町移動支援事業利用規約の内容を遵守すること。
- (2) 松伏町移動支援事業の利用手引きをよく読んでから利用すること。
- (3) 町から本事業の利用者を対象としたアンケートが届いた際には、協力すること。