

令和6年度みやき町通学支援バス利用申込書（試行運行）

住所	〒 みやき町大字 番地		地区名	
フリガナ		性別	男・女	連絡先
氏名				() -
フリガナ				連絡先
保護者名				() -
学校名				(新 年生)
利用期間	令和6年度 1学期～3学期			
ルート	中原庁舎行			
利用バス停 (該当する番号に○をつけてください。)	1	アスタラビスタ三根店		
	2	江見バス停		
	3	西島バス停		
	4	こすもす館		
	5	みやき町庁舎		
	6	大島病院前		
利用バス停 (該当する番号に○をつけてください。)	午前の便	アスタラビスタ三根店発 ⇒ 中原庁舎着【予定】		
		1	6:00	⇒ 6:25
		2	6:50	⇒ 7:18
		3	7:45	⇒ 8:10
	午後の便	中原庁舎発 ⇒ アスタラビスタ三根店着【予定】		
		1	16:45	⇒ 17:17
		2	17:45	⇒ 18:17
		3	18:45	⇒ 19:17
		4	19:50	⇒ 20:22
	5	20:50	⇒ 21:22	
運行期間	令和6年4月8日～令和7年3月下旬			受付欄
運行日	月曜日～金曜日（ただし祝日、長期休業期間は除く。）			
添付書類	<input type="checkbox"/> 写真（縦30×横23mm. 1枚） <input type="checkbox"/> 学生証又は生徒手帳の写し ※学生証又は生徒手帳が発行されていない学生、生徒については、発行後、写しの提出をお願いします。			

(裏面に続く)

同意書

私は、通学支援バスの利用にあたり、下記の内容について同意致します。

記

- 1 乗車する際は、利用証明書を常に携行して下さい。
※確認のため、運転手が提示を求める場合があります。
- 2 午後便の途中バス停からの乗車はできません。
- 3 乗車中はマナーを守り、運転手の指示に従ってください。
- 4 道路状況及び気象条件等により、運行を中止・遅延する場合があります。

令和 年 月 日

利用者氏名

⑩

保護者氏名

⑩