

貸切バス運送申込書

※申込者は、太線内をご記入願います。

						申込日:	
申込者	名称 氏名	(ご担当者名)				電話	
	住所	〒				FAX	
						E-MAIL	
契約 責任者	名称 氏名	旅客の団体の名称: (ステッカー名)				電話	
	住所	〒				FAX	
						E-MAIL	
						緊急連絡先	
運送を 引受ける者	氏名 名称	新潟交通佐渡株式会社				電話 0259-57-5131	
	住所	新潟県佐渡市河原田諏訪町80番地				FAX 0259-57-2770	
						MAIL sado-teikan@niigata-kotsu.co.jp	
						緊急連絡先 0259-57-2121	
	事業 許可	平成6年2月17日 新自旅 第54号 営業区域 : 新潟県内				任意保険・共済	
申込乗車人員	人	ご希望の車種別の 車両数	大型車 両	中型車 両	小型車 両	対人 無制限	
出発日時		出発場所				対物 【島外使用車両】 1,000万円	
利用日数			地図 : 有・無			【島内使用車両】 500万円	
						人身傷害保険	3,000万円

旅行の日程

	月日	発地	発車時刻	主な経由地	到着時刻	着地	宿泊場所	ガイド	乗務員の休憩		備考
									地点	時間	
①			:		:			有・無		:	
②			:		:			有・無		:	
③			:		:			有・無		:	
④			:		:			有・無		:	
⑤			:		:			有・無		:	

うち、旅客が乗車しない区間

本社 営業所車庫

交替運転手	有・無 交替の地点 () 「無」の場合の理由:	【運行開始日時】	【運行終了日時】
車掌(ガイド)	有・無 交替の地点		
運賃及び料金の支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> その他 支払期日: 平成 年 月 日	【走行距離】	【走行時間】
適用を受けようとする割引	<input type="checkbox"/> 学校団体割引 <input type="checkbox"/> 障害者施設団体割引 <input type="checkbox"/> その他 () 割引 ※標準運送約款5条2項き規定する所定の証明書を添付。	総 km 実車 km	総 時間 分 実車 時間 分
特約事項		運賃 (上限額: 円 下限額: 円) 料金 (上限額: 円 下限額: 円) (料金の種類:) 消費税 円 実費(税込) 円 (実費の詳細:) 合計請求金額 円	
手数料率			

※都合によりご希望の車種、行程、時間にて運行できない場合がございます。あらかじめご了承ください。