

# 運送申込書/運送引受書・乗車券

No.

※申込者は、太枠内をご記入をお願いします。

			申込日：令和 年 月							
申込者	氏名・名称	(担当者)		電話：						
	住所			FAX：						
契約責任者	氏名・名称	(担当者)		Email：						
	住所			緊急連絡先：						
運送を引き受ける者	氏名・名称	株式会社 足柄観光バス		電話： 0465-74-3387						
	住所	神奈川県南足柄市怒田 2807-5		FAX： 0465-73-2713						
	事業許可	平成11年4月9日 関自旅1第552号		Email： akb@ashigara-kb.co.jp						
	営業区域	神奈川県		緊急連絡先： 0465-74-3387						
申込乗車人員	乗車定員別又は車種別の車輛数	人	両	両						
配車日時	配車場所			地図：有・無						
任意保険・共済										
対人 万円										
(無制限)										
対物 万円										
(無制限)										
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	待機時間	乗務員の休憩地点	休憩時間	備考
①										
②										
③										
④										
内、旅客が乗車しない区間：						( ) 営業所車庫				
交替運転士	有・無 交代地点( )					【運行開始日時】		【運行終了日時】		
車掌(ガイド)	「無」の場合の理由：昼間短距離・その他( )					月 日( )		月 日( )		
運賃・料金の支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金 その他( ) 支払期日					【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項に規定する所定の証明書を添付。					総	km	総	時間	分
特約事項						実車	km	実車	時間	分
						運賃	円			
						(上限額：)	円	下限額：	円)	
						料金	円			
						(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				

\* 運賃・料金は、需要の季節変動に応じて、上限額・下限額の幅の中で決定されるものです。このうち、下限額は運送に必要な費用から求められる基準額から10%(本来賄われるべき一般管理費と営業外費用相当)を割り引いた額であり、年間を通じて適用されるべきではありません。

上記のとおり運送を引き受けます。

令和 年 月 日