

# (運送申込書) / 運送引受書・乗車券

※ 申込者は、太線内を記入願います。

申込者	氏名・名称	(担当者名) _____ 様	電話	
	住所		FAX	
			E-mail	
			緊急連絡先	
契約責任者	氏名・名称	(担当者名) 旅客の団体の名称： (団体名) _____ 様	電話	
	住所		FAX	
			E-mail	
			緊急連絡先	

運送を引き受ける者	氏名・名称	オリエント交通株式会社 本社営業所			電話： 0479-70-8666
	住所	〒289-1621 千葉県山武郡芝山町牧野99-6			FAX 0479-70-8667
	事業許可	平成 12年 09月 29日 第1424号 営業区域：千葉県			E-mail: info@orient-bus.co.jp
					緊急連絡先 0479-70-8666
					任意保険・共済
					対人
					無制限
申込乗車人数	人	乗車定員別又は車種別の車両数	大型車 _____ 両	中型車 _____ 両	小型車 _____ 両
配車日時	/ ( ) : _____	配車場所			
					地図 有・無 _____
					対物 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		備考
									地点	時間	
①											
②											
③											
④											
⑤											

うち、旅客が乗車しない区間：車庫～

( 本社 ) 営業所車庫

交代運転者	有・無 交替の地点( _____ ) [無]の場合の理由：【昼間短距離】・その他( _____ )	【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( _____ ) 支払期間：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	【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 実車 _____ km    実車 _____ 時間 _____ 分
特約事項	【備考】 ( _____ )	運賃	¥ _____
		料金	円(下限額) _____ 円(上限額) _____
		料金の種類：	_____ )
		実費(税込)：	_____ )
		実費の詳細：	_____ )
		合計請求金額	_____ )

上記の通り運送を引き受けます。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

オリエント交通株式会社 担当者： \_\_\_\_\_

配車場所の地図

配車場所の地図

備考欄（記入スペースが必要な場合に使用）