

運送申込書／運送引受書・乗車券

※申込者は、太線内をご記入願います。

申込日：平成 年 月 日

申込者	氏名 ・名称	(担当者名)	電話：
	住所		FAX：
契約責任者	氏名 ・名称	旅客の団体の名称： (担当者名)	E-mail：
	住所		緊急連絡先：
運送を引受ける者	氏名 ・名称	株式会社 大日ドリーム観光	電話：043- 422- 1188
	住所	千葉県四街道市大日 457-8	FAX：043- 422- 1357
	事業許可	昭和・平成12年 7月21日 第 1136号 営業区域：千葉県	E-mail： 緊急連絡先：090-2733-0802
申込乗車人員	人	乗車定員別又は車種別の車両数	任意保険・共済
		大型車 両 中型車 両 小型車 両	対人 万円 無制限 対物 200万円 万円 無制限
配車日時	月 日 ()	配車場所	地図：有・無

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											

うち、旅客が乗車しない区間：

(本社) 営業所車庫

交替運転者	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】 月 日 ()	【運行終了日時】 月 日 ()
車掌 (ガイド)	有・無 交替の地点 ()		

運賃及び料金の支払方法	<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】 総 km 実車 km	【走行時間】 総 時間 分 実車 時間 分
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。	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	
特約事項	当日何らかの事情で別行程になった場合は差額を頂きます。		

上記のとおり運送を引受けます。

平成 年 月 日 株式会社 大日ドリーム観光

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）