

年 月 日

岩手県バス協会あて

事業者名 \_\_\_\_\_

連絡先

担当者名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

## 申 込 書

開催日	営業所・部署等	氏名	備考
2 / 9 (水)			
2 / 9 (水)			
2 / 9 (水)			

期限：令和4年1月31日（月）まで

FAX (019) 651—0740 (送信票不要)

メール info@iwatebus.or.jp