小川町デマンドタクシー実証実験運行　利用者登録申請書

小川町地域公共交通活性化協議会会長　様

住所	自宅の電話番号
小川町大字	―　　―

この申請書で、同じ住所にお住まいの方（ご家族など）も登録ができます。皆様の同意を得たうえでご記入ください。

						※処理欄
①	ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日	
	氏　名		女	携帯電話 (お持ちの方)	ー　　ー	
②	ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日	
	氏　名		女	携帯電話 (お持ちの方)	ー　　ー	
③	ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日	
	氏　名		女	携帯電話 (お持ちの方)	ー　　ー	
④	ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日	
	氏　名		女	携帯電話 (お持ちの方)	ー　　ー	
⑤	ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日	
	氏　名		女	携帯電話 (お持ちの方)	ー　　ー	

◆事前に知っておいてもらいたい事項があればご記入ください。（家の前の道が狭い、大きな声で話しかけてほしい　等）

【以下の注意事項をお読みいただき、同意された方のみご提出ください。】

・利用者登録には時間がかかります。お早めにご登録ください。

・この申請書で同じ住所にお住まいの方（ご家族など）を登録することができます。**【１６歳以上】**

※この場合は、登録されるご本人（ご家族など）に同意を得た上で申請書にご記入ください。

・ご記入いただいた内容は、デマンドタクシー（利用者登録、受付、配車、運行、アンケート調査）に関して利用し、内容の一部をデマンドタクシーを運行する事業者に提供します。

・ご記入いただいた内容は、個人の特定につながる情報を除いたうえで、利用実態の分析等のために利用します。

・申請内容確認のため、住民登録の状況について住民基本台帳で確認を行います。

私及び私の世帯員は、小川町デマンドタクシー実証実験運行利用者登録の申請にあたり、上記事項に同意します。

平成　　年　　月　　日　　氏 名：　　㊞

提出・問い合わせ先：小川町役場　都市政策課　☎０４９３－７２－１２２１（内線２５１・２５２）

受付日	/	登録処理	/	確認	/	登録者証送付	/