

お見積り依頼書

令和 年 月 日

団体名	
お名前(代表者名)	
住所	
電話番号	
FAX番号	
ご予約日	
乗車人数	名
車種	<input type="checkbox"/> 大型バス(正席52名) <input type="checkbox"/> 中型バス(正席27名) <input type="checkbox"/> マイクロバス(正席18名)
配車場所	
行程	(出発時間と帰着時間を必ずご記入ください。)
ご質問、ご要望	

有限会社光交通

TEL: 0166-92-1270

FAX: 0166-73-7244

