自転車通学届・誓約書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　市立函館病院高等看護学院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　学年（Ａ・Ｂ）組　出席番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

　このことについて、次のとおり届出いたします。

　なお、駐輪するにあたっては、学院所定の場所に駐輪することを誓約いたします。

１　自転車の種別

　・　色

　・　製造会社名

　・　防犯登録番号

２　自転車通学理由