

# 自 己 車 両 通 学 届

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。

1 自宅住所

2 使用車種 (含む色)

3 車両番号

4 通学先車両保管場所

5 自動車通学理由

6 保証人による確認

上記の理由により、学生が、自己車両で通学することを確認しています。

保証人 住所

氏名

(自署)

※ 保証人は、入学時に提出した誓約書に保証人として署名した者であること