

# 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_