

駐輪場使用願

原動機付自転車

自転車

令和 年 月 日

施設名 _____

施設長 _____ 様

(専) 京都中央看護保健大学校

学籍番号 _____

学生氏名 _____ 印

標記使用について、貴施設駐輪場の使用を御許可くださいますようお願いいたします。

1. 期間 令和 年 月 日 ~ 月 日
2. 実習施設 ()
3. 実習科目 ()
4. 通学経路の概要 (最寄りの駅、バス停などを示してください)
 - ① 標記車両を使用しない場合 所要時間 (時間 分)
(路線名・バス停留所等を記入して、経路が分かるように書いてください)

 - ② 標記車両を使用する場合 所要時間 (時間 分)
(経路が分かるように書いてください)
5. 車両番号