

車両通学届

年 月 日

J A新潟厚生連中央看護専門学校
学校長 様

届出者 _____ 学年：学籍番号 _____

氏名 _____

(1) 届出理由	①通常交通機関を利用すると著しく遠回りしなければならないため ②通常交通機関の便数が少なく、または乗り換えが多く通学に長時間要するため ③住居から利用交通機関の駅まで遠距離であり、車両によれば著しく通学時間が短縮できるため ④疾病・身体障害のため車両通学が安全または適当なため ⑤その他の理由 理由 _____ 理由番号 _____	
(2) 病院駐車場の利用	病院駐車場 利用する・利用しない いずれかに○をつける	*自宅等から学校まで2 km以上あること。 *駐車場利用の承認は駐車許可証の発行をもって行う。 <記入不要> 許可年月日： 年 月 日 許可証番号：
(3) 車種・形式 登録番号	車名（会社名・名称・色）	
	プレートナンバー	
(4) 車体検査済日	車体検査済年月日	年 月 日
(5) 車両保険	強制賠償保険有効期限	年 月 日
	任意保険証書の写し	○本申請書と共に提出すること
(6) 車両の所有者	氏名	使用者との続柄
(7) 住所		
(8) 通学距離	km	

※ 駐車場契約の写し、または駐車許可証明を添付すること。（病院駐車場の場合は不要）