

# 車両通学届

年 月 日

JA 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) 車種・形式 登録番号	車名（会社名・名称・色）	
	プレートナンバー	
(3) 車体検査済日	車体検査済年月日	年 月 日
(4) 車両保険	強制賠償保険有効期限	年 月 日
	任意保険有効期限	年 月 日
(5) 車両の所有者	氏名	使用者との続柄
(6) 住所		
(7) 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。