

自転車通学申請書

申請日：西暦 年 月 日

東京医療学院大学 保健医療学部 _____ 学科（ _____ 専攻） _____ 年

学籍番号 _____ 氏名 _____

身分	<input type="checkbox"/> 学部学生 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
住所	〒 _____		
連絡先		携帯電話	
防犯登録番号			
申請理由	<input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

*個人の自転車は、原則一人一台までとします

上記のとおり申請しますので、通学ならびに駐輪許可をお願い致します。

誓約書

【遵守事項】

1. 道路交通法を遵守いたします。
2. 手放し、傘を差しての運転は一切しません。
3. 通学駐車許可シールは車体後方の指定された位置に貼付します。
4. 通学駐車許可シールは、他人に貸与または譲渡いたしません。
5. 指定された場所以外での駐輪はいたしません。
6. 大学を車庫代わりに利用するような行為は一切いたしません。
7. 大学構内を走行いたしません。
8. 大学が開催する交通安全講習会に、キャンパスガイドに記載の規定回数出席いたします。

申請にあたっては、上記事項を遵守することを保護者連名により誓約いたします。

学生氏名 _____ ㊟

(未成年者のみ) 保護者氏名 _____ ㊟

※提出時に、「防犯登録番号確認書類」を一緒に提出して下さい。

※大学記入欄

添付書類確認欄（学生課用）：

防犯登録番号確認書類

学生課担当

駐輪証発行についての記録：

駐輪証発行	駐輪証番号	駐輪証受領印	学生課長	学生課担当
Date: /	No.			

備考：

--

自転車通学申請書

別紙⑮

申請日：西暦 2016 年 4 月 1 日

東京医療学院大学 保健医療学部 リハビリテーション学科（理学療法学専攻）2年

学籍番号 1211001 氏名 多摩 太郎

身分	<input checked="" type="checkbox"/> 学部学生 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
住所	〒206-0033 東京都多摩市落合 4-11		
連絡先	042-373-8118	携帯電話	090-9999-9999
防犯登録番号	多摩 411 9999999		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

*個人の自転車は、原則一人一台までとします

上記のとおり申請しますので、通学ならびに駐輪許可をお願い致します。

誓約書

【遵守事項】

1. 道路交通法を遵守いたします。
2. 手放し、傘を差しての運転は一切しません。
3. 通学駐車許可シールは車体後方の指定された位置に貼付します。
4. 通学駐車許可シールは、他人に貸与または譲渡いたしません。
5. 指定された場所以外での駐輪はいたしません。
6. 大学を車庫代わりに利用するような行為は一切いたしません。
7. 大学構内を走行いたしません。

申請にあたっては、上記事項を遵守することを保護者連名により誓約いたします。

学生氏名 多摩 太郎 ⑩

(未成年者のみ) 保護者氏名 多摩 清次 ⑩

※提出時に、「防犯登録番号確認書類」を一緒に提出して下さい。

※大学記入欄

添付書類確認欄（学生課用）：

防犯登録番号確認書類

学生課担当
印

駐輪証発行についての記録：

駐輪証発行	駐輪証番号	駐輪証受領印	学生課長	学生課担当
Date: 4 / 1	No. 999	多摩		

備考：

--