

実習時等の通学方法変更願(専門学校)

20 年 月 日

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校長 様

私は実習時等に学外施設へ通学する際に、下記のとおり学校に許可されている方法とは異なる通学方法で
実習したいので、ご許可願います。
なお、交通法規を守り、不注意により事故を起こした場合は自分の責任で処理することを誓います。

学籍番号			氏 名		
科 目 名					
場所(実習施設)			担当教員	先生	
期 間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日				
通常の通学方法	☐ 公共交通機関 ☐ スクールバス ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 自動車 ☐ その他()				
実習時に希望する通学方法	☐ 自動車 ☐ バイク(自動二輪車 ・ 原動機付自転車)				
公共交通機関を利用しない理由	☐ 公共交通機関では不便なため ☐ 実習先施設等からの指示のため ☐ 身体的な理由があるため() ☐ その他()				
同乗する学生	有 ・ 無	※有の場合は同乗者の学籍番号・氏名を記入 ()			
車両情報	メーカー		登録番号	地域	
	車名			分類番号	
	車体の色			ひらがな	
				ナンバー	
任意保険証の有効期限	20 年 月 日まで			コピーを添付(保険期間および対人・対物・搭乗者の補償内容が記載されたもの)	
運転免許証の有効期限	20 年 月 日まで			コピーを添付(裏面に変更事項が記載されている場合は両面)	

入力	保険期間等確認	受付
/	/	/

※下記も申請者が記入してください。

実習時等の通学方法変更許可証

実習時等に学外施設へ通学する場合に限り、下記のとおり通学方法の変更を許可します。

20 年 月 日

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校長

学籍番号			氏 名		
変更後の通学方法	☐ 自動車 ☐ バイク(自動二輪車 ・ 原動機付自転車)				
場所(実習施設)					
期 間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日				

※前日までに必ず施設までの道のりを下見してください。朝の渋滞等を考慮し余裕を持って行動するよう心がけましょう。