【総合臨床実習】

車両持ち込み許可願

令和　　年　　月　　日

施設長　殿

藤華医療技術専門学校

作業療法学科

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

今般貴施設での長期実習に伴い、使用を希望する車両の持ち込みを許可くださるようお願い申し上げます。

なお、駐車場についての規則など、ご指示くださるよう併せてお願い致します。

1. 実習期間

自　　令和　　　年　　　月　　　日

至　　令和　　　年　　　月　　　日

1. 車種・車両ナンバー
2. 免許証番号

保険加入状況につきましては別紙（自動車等保険加入状況調）をご参考ください。