

大口明光学園中学校・高等学校
学校長 様

申請日 20 年 月 日

原付バイク通学許可願

高校 年 組 番	
生徒氏名:	保護者氏名 ㊟

下記の通り、原付バイク通学の許可をお願いいたします。

1. 住所			
2. 電話番号		3. 通学距離	
4. 原付ナンバー		5. 免許証番号	
6. 保険会社名			
7. プレート番号	(学校記入欄)		

- 1.通学距離が片道約 5km 以上のものとする。
- 2.許可後、校名入りプレートをつけること。
- 3.交通法規を遵守し、安全に心がけること。
- 4.保険に加入していること。

上記を必要と認め、許可します。

受理日：20 年 月 日

大口明光学園高等学校 校長

校長		生徒指導 部長	担任	起案 (諸届係)

諸届係受領（起案）→回覧→校長決済後→諸届係はコピーを取り、原本は生徒本人へ、
コピーは生徒指導で保管