

大口明光学園中学校・高等学校
学校長 様

申請日 20 年 月 日

自転車通学許可願

中・高 年 組 番	
生徒氏名	保護者氏名 (印)

下記の通り、自転車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. 保険会社名	
5. 発行番号	(学校記入欄)

- | |
|--|
| 1. 保険に加入していること
2. ヘルメット、蛍光タスキを着用すること
3. 交通法規を遵守し、通行の安全に心がけること
4. 許可後配布するステッカーを後輪カバーにつけること |
|--|

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