

令和 年 月 日

自 転 車 通 学 願

五所川原第一高等学校 校長 殿

学籍番号 _____ HR _____

生徒名 _____

保護者名 _____ 印 _____

下記の通り、自転車による通学をしたいので、ご許可下さるよう保護者連署の上お願い致します。

記

1, 住 所 _____

2, 学校までの距離 約 _____ k m

3, 使用自転車の車体番号 _____ 社名 (車体名) _____

4, 自転車防犯登録 番号 _____ 登録年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5, 自転車保険加入の有無 (・加入済 ・未加入)

6, 自転車安全点検 (T Sマーク) 実施月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

7, 自転車通学許可番号 _____
(入学時で許可を受けている生徒のみ記入)

8, 自転車通学許可ステッカー代100円をこの用紙と共に納入してください。

キ リ ト リ

領 収 書

令和 年 月 日

氏名 _____ 殿

金100円

自転車ステッカー代として領収しました。

五所川原第一高等学校通信制課程 生徒指導部 代表印