

車両駐車許可申請書

大口病院 事務長 殿

令和 年 月 日

臨床実習期間中の駐車場使用を希望します。

実習部門 : _____

学生氏名 : _____

車 種 : _____

ナンバー : _____

<任意保険加入(必須)>

1 所有者名 : ()

2 自賠責保険会社 : ()

3 任意保険会社名 : ()

4 有効期間 : (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

(事務部確認欄)

- 捺印、またはサインによって許可
- 本紙は事務部保管
- 車載用の許可証を発行する

事務長	総務