

# 通学用自動車駐車許可申請書

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 保健医療学研究科（ 専攻）

助産学専攻科

保健医療学部（ 学科）

学 年 年

学籍番号

氏 名

通学に使用する下記の自動車を構内の駐車場に駐車したいので、許可くださるようお願いします。

車 種 名	
車両登録番号	