駐 車 許 可 願

年　　月　　日

研究科長　殿

下記理由のため、九州保健福祉大学構内での駐車許可証の発行をお願いいたします。

１．スクーリング受講

２．その他（　　）

※該当する番号を〇で囲んでください。

学生番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

車 種 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

プレート番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

期間：　　年　　月　　日 ～　　月　　日

大学記入欄	受付日			