指定枠制駐車場申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　医学系研究科・医学部長

殿s@2

　医学部附属病院長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり，指定枠制駐車場の利用を申し込みます。

記

希望指定枠制駐車場

　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ　　・　　Ｃ

パスカードNo

車種・色　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入例：日産・スカイライン・白）

車両番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記入例：岐阜・500・あ・1234）