（様式５）

校長	教頭	事務長	生徒指導部長	バス担当	バス担当	学部部長	学年主任	担　任

臨　時　乗　車　願（自力通学生用）

年　　月　　日

兵庫県立西はりま特別支援学校長様

通常は自力通学ですが、下記の理由でスクールバスへの乗車をお願いします。

高等部　　年　　組

生徒名

保護者名

記

１　スクールバス乗車の理由（いずれかに〇）

（　　）午前中下校の際、公共交通機関がないため

（　　）生徒指導により自力通学が一時停止されたため

（　　）その他（以下に理由を記入）

２　乗車年月日

・１日の場合　　年　　月　　日　（　　）

登校　・　下校　・　登下校　（いずれかに〇で囲む）

・期間の場合　　年　　月　　日　（　　）～　　年　　月　　日　（　　）

登校　・　下校　・　登下校　（いずれかに〇で囲む）

・上記に該当しない場合

曜日、登下校時間等、条件の記入（　　）

登校　・　下校　・　登下校　（いずれかに〇で囲む）

３　乗車コース及び乗降スクールバス停名

号車　　バス停

４　担任所見（担任名：　　）