

(様式3)

## 運転訓練施設使用許可願

福祉 管理部長	次長兼課長 (施設経理担当)	課員 (施設経理担当)			
自立生活 訓練部長	課長	課員	セラピスト	運転 指導員	ケース 担当者

兵庫県社会福祉事業団  
総合リハビリテーションセンター  
障害者支援施設 自立生活訓練センター  
所長 篠山潤一様

令和 年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_ 印  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
障害名 \_\_\_\_\_ 種 級  
(発症日 年 月 日)  
連絡先 \_\_\_\_\_  
評価結果 円  
送付先 \_\_\_\_\_

私、社会復帰に際して自動車運転習熟訓練が必要なため、貴センターの自立生活訓練課身体障害者自動車運転訓練施設及び訓練自動車の使用を許可くださるようお願いいたします。

尚、使用の際は諸規定を守り、消耗品の補充及び使用料を納入し、万一、施設及び自動車を破損した場合に関する復元費用を負担することを誓約します。

### 記

試乗適正評価 実施年月日	平成・令和 年 月 日
障害手帳種別	身体 ・ 療育 ・ 精神 ( 種 級)
障害名	
免許ナンバー	
適正条件	
習熟訓練後の 使用目的	

上記のこと保証します。

保証人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印