

(様式4)

試乗適性評価施設使用許可願

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

令和 年 月 日

社会福祉法人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 山 本 直 樹 様

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 〒
送付先 _____

私、社会復帰に際して自動車運転の試乗適性評価が必要なため、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、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。

上記のことについて保証します。

保 証 人

住 所 _____

氏 名 _____ 印