

施設長/ 管理者	所 属 部 長	課 長		係 長		所 属 主 任	担 当
		総 務	所 属	総 務	所 属		

車 輦 使 用 届

年 月 日

社会福祉法人 禎心会
理事長 徳田 禎久 様

所 属
氏 名 印

下記の車輛を通退勤に使用しますのでお届けいたします。

車名 (色)	登録番号																						
	車台番号																						
保険(共済)会社名	保険(共済)証券番号																						
	満期日 <div>年 月 日</div>																						
<div>補償内容</div> <table border="0"> <tr> <td>車両 保険</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>対人 賠償</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>人身 傷害</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>対物 賠償</td> <td colspan="2">万円</td> </tr> <tr> <td>搭乗者傷害 (死亡)</td> <td colspan="2">円</td> </tr> <tr> <td>〃 (入院)</td> <td colspan="2">円</td> </tr> <tr> <td>〃 (通院)</td> <td colspan="2">円</td> </tr> </table> <div> <div>年齢条件</div> <div>家族限定 有 無</div> </div>			車両 保険	有	無	対人 賠償	万円		人身 傷害	万円		対物 賠償	万円		搭乗者傷害 (死亡)	円		〃 (入院)	円		〃 (通院)	円	
車両 保険	有	無																					
対人 賠償	万円																						
人身 傷害	万円																						
対物 賠償	万円																						
搭乗者傷害 (死亡)	円																						
〃 (入院)	円																						
〃 (通院)	円																						

※届出内容に変更があった場合は、再提出いたします。
※提出書類(コピー) ①車検証 ②自賠責保険 ③任意保険