**1次入学検査　スクールバス利用願**

佐世保実業高等学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中学校

　校長名

**１　スクールバス利用の有無について**※どちらかを○で囲んでください。

利用する　　　・　　　　利用しない

**２　利用状況**※利用される学校のみ、下の空欄に利用状況をご記入ください。

（１）利用数 [　　　]名

（男子生徒：　　名，女子生徒：　　名，保護者　　名，教職員　　名）

（２）停留バス停

　　①乗降停車地[　　　　　　　　　　　]　乗降者数[　　　]名

　　②乗降停車地[　　　　　　　　　　　]　乗降者数[　　　]名

　　③乗降停車地[　　　　　　　　　　　]　乗降者数[　　　]名

※「停車地」については、本通りのバス停名でお願いします。

（３）連絡先

　　　担当者：　　　　　　　　先生

　　①電　話（　　　）－（　　　）－（　　　　　）

　　②ＦＡＸ（　　　）－（　　　）－（　　　　　）

※事前確認や、当日の交通状況等により問題が発生した場合に連絡を差し上げる

場合がございます。