様式第７号

学 生 旅 客 運 賃 割 引 証 交 付 願

年　　　月　　　日

山形県立保健医療大学長　　殿

学籍番号

学　　科　　　　　　　　学　年

氏　　名

下記のとおり、学生旅客運賃割引証を交付してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 乗　車　区　間 | 駅　～　　　　　　　　　駅 |
| 用　　　　　務 |  |
| 枚　　　　　数 |  |
| 有　効　期　間 | 平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 発 行 日 | 発行番号 |
|  |  |