

運転免許自主返納者等サポート加盟申請書(自治体加盟用)

年 月 日

運転免許自主返納者等サポート事業加盟に関する確認書に同意し、「運転免許自主返納者等サポート店」への加盟を申請します。

市町名			
所在地			
電話番号(担当課)			
ホームページアドレス			
支援(サービス)内容			
支援条件	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
支援対象者	<input type="checkbox"/> 本人のみ		
	<input type="checkbox"/> 同行者を含む人数制限	人まで	・ 無制限
支援開始日	年 月 日		
連絡担当者	課(係)		職名
	ふりがな		
	氏名		
	電話番号		
	E-mail		

太枠内をサポート店一覧表に掲載します。

必ず全項目に記入してください。