

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。