

様式第1号の5（自治体加盟用）

運転免許自主返納者サポート加盟申請書

平成 年 月 日

運転免許自主返納者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	平成	年	月 日
連絡担当者	課(係)	職名	
	ふりがな		
	氏名		
	電話番号		

太枠内をサポート店一覧に掲載しますので、必ず全項目に記入してください。