別　記

第１号様式（第６条第１項）

浦安市高齢者運転免許証自主返納サポート事業登録申請申込書

令和　年　月　　日

浦　安　市　長　　様

所在地

事業所名

代表者名

浦安市高齢者運転免許証自主返納サポート事業の趣旨に賛同し、下記内容にて申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗等の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者部署・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 取扱商品または業種 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 営業時間 |  |
| 定休日 |  |
| ホームページURL |  |
| 特典内容 |  |
| 事業所のPR |  |