

高齢者運転免許証自主返納支援事業協賛申込書

令和 年 月 日

京都府高齢者運転免許証自主返納サポート協議会会長 様
(京都府文化生活部安心・安全まちづくり推進課)

所在地 〒

企業又は事業所名
代表者名 (担当)
電話 FAX
E-mail

高齢者運転免許証自主返納支援事業に賛同し、下記の内容で協賛します。
なお、記載事項については、京都府暴力団排除条例の趣旨に基づき、京都府警察本部長に照会することについて同意します。

記

(フリガナ) 企業又は事業所名													
法人番号													
代表者		(フリガナ)											
		氏 名											
		生年月日		年		月		日		(男・女)			
電話番号								ホームページ					
業種区分		金融	グルメ	レジャー	ショッピング	趣味・資格	健康	宿泊	その他()				
サービス	内容	(例)入場料割引、ポイントの付加											
	確認資料	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書の提示 <input type="checkbox"/> 申請による運転免許証の取消通知書											
	対象者	住所地	指定しない・指定する(府内のみ・その他())										
		範囲	本人のみ・その他()										
特典開始日	年 月 日												
報道予定	あり(詳細:)・なし												

- ※ 登録いただいた情報につきましては、京都府のホームページに掲載するほか、運転免許証を自主返納された方等に情報提供させていただく場合がありますので御了承願います。
- ※ サービス内容に変更のある場合、または中止される場合は事務局(京都府文化生活部安心・安全まちづくり推進課)へ御連絡ください。