様式１

　年　　　月　　　日

船橋市高齢者運転免許証自主返納者等サポート店登録申込書

船橋市長あて

所在地

事業者名

代表者名

船橋市高齢者運転免許証自主返納サポート事業に関する実施要領に同意し、「船橋市高齢者運転免許証自主返納者等サポート店」への登録を申し込みします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 店舗名等 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| ホームページＵＲＬ |  |
| 事業概要 |  |
| 営業時間・定休日 |  |
| 特典内容 |  |
| 特典対象者 | □自主返納者等本人のみ |
| □同行者を含む人数制限　　　人まで　　　・　　　無制限 |
| 特典開始日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 連絡先担当者 | 部署・役職： |
| ふりがな： |
| 氏名： |
| 電話番号： |