

「高崎市運転免許証自主返納者等サポート制度」協賛申込書

年 月 日

高崎市地域交通課 行き (FAX 027-328-8990)

「高崎市運転免許証自主返納者等サポート制度」協力店として以下のとおり申し込みます。

店舗等の名称	(フリガナ)
店舗所在地	〒
担当者部署・氏名	
電話番号	
FAX番号	— —
電子メールアドレス (携帯以外)	— —
営業時間	時 分 ~ 時 分
定休日	
ホームページURL	http://

■掲載情報（協力店一覧に掲載する情報についてご記入ください）

1.店舗等の名称	□上記申込書と同じ
	(フリガナ)
2.店舗所在地	□上記申込書と同じ
	〒
3.電話番号（掲載用）	□上記申込書と同じ
	— —
4.特典内容 ※「運転経歴証明書」を持 参した高齢者に対する特典 を記入してください。	