

群馬県高齢者運転免許証自主返納サポート事業 協賛登録申込書

令和 年 月 日

群馬県県土整備部道路管理課長 あて

所在地
名称・代表者

群馬県高齢者運転免許証自主返納サポート事業運営要領第5第1項の規定に基づき、協賛店・事業所の登録を申し込みます。

1 申込者

業種区分	<input type="checkbox"/> 公共交通利用支援 <input type="checkbox"/> 買物支援 <input type="checkbox"/> その他()
店舗等の名称(フリガナ)	
代表者名	
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	
ホームページ URL	http://
外部リンク希望	あり・なし

2 サポート内容

※ 外部リンクを希望する場合には、自主返納サポート事業に関する事項を掲載してください。

外部リンクの希望がない場合には、サポート内容と電話番号を掲載します。

(掲載例) ・ 運転経歴証明書を提示された高齢者に対して、料金割引(〇〇を贈呈)

詳しくは、〇〇会社〇〇〇〇(電話:〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

※ 上記の代表者名・担当者名・電子メールアドレス・FAX 番号は、県からの連絡に用い、公開はしません。

※ サポート内容の変更・廃止を希望する場合には、「高齢者運転免許証自主返納サポート事業」協賛内容変更・廃止届により、届け出をしてください。