

様式第2号

「運転免許証自主返納者サポート制度協力店」登録内容等変更申込書

平成 年 月 日

藤岡市地域安全課 行き (FAX 0274-24-4515)

所在地 \_\_\_\_\_

店舗名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1 特典内容 (変更)

(運転経歴証明書を提示した高齢者に対する特典をご記入ください。)

2 お店のPR等 (変更)

3 その他変更箇所


※変更したい箇所のみご記入ください。