

FAX番号：06-6944-6787

郵送先：〒540-8570 ※住所記載不要 大阪府都市整備部 交通道路室道路環境課 内

平成 年 月 日

大阪府交通対策協議会事務局 行

事業所の所在地

事業所名

代表者(氏名・フリガナ)

(生年月日)

年 月 日生

高齢者運転免許自主返納サポート制度申込書

高齢者運転免許自主返納サポート制度に賛同し、次のとおり申し込みます。

申込みの内容に、この制度の目的に反する事項等がないことの確認をお願いします。

| | |
|--------|--|
| 特典の内容 | (企業名・店舗名) |
| | 府内在住の65歳以上の高齢者が「運転経歴証明書」を提示すれば、 の特典が受けられる。(対象となる店舗数： 店舗) |
| | (問合せ電話番号) |
| 担当者連絡先 | (部署名) (担当者氏名・フリガナ) (住所) 〒 (電話) (FAX) (E-mail) (URL) http:// |

○ 特典の内容は大阪府交通対策協議会のホームページでご紹介します。

※ 広告ではありません。掲載内容は申込書を元に当協議会で決定します。

「期間限定」など特典内容が限定的な場合は、掲載できないことがあります。

※ 特典の内容について当協議会では一切責任を負えませんので、利用者が高齢者であることを踏まえて事前に十分な説明を行ってください。

○ 詳しくは、06-6944-9290(大阪府庁道路環境課)へお問い合わせください。

※ この制度で知り得た個人情報をその目的以外のために利用し、又は第三者に提供してはいけません。

※ この制度の目的に反するおそれのある場合にはご協力をお断りすることがあります。



記載例

平成27年12月 1日

大阪府交通対策協議会事務局 行

事業所の所在地 東京都千代田区永田町〇丁目〇番〇号

事業所名 株式会社〇〇商事

代表者(氏名・フリガナ) 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇 〇〇〇〇)

(生年月日) 昭和〇〇 年 〇 月 〇 日生

高齢者運転免許自主返納サポート制度申込書

高齢者運転免許自主返納サポート制度に賛同し、次のとおり申し込みます。

申込みの内容に、この制度の目的に反する事項等がないことの確認をお願いします。

| | |
|--------|--|
| 特典の内容 | (企業名・店舗名) 〇〇〇〇〇〇屋 |
| | 府内在住の65歳以上の高齢者が「運転経歴証明書」を提示すれば、 店頭価格から1割引 の特典が受けられる。(対象となる店舗数：5 店舗) |
| | (問合せ電話番号) 0120-000-000 |
| 担当者連絡先 | (部署名) 大阪支社営業部 (担当者氏名・フリガナ) 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇 〇〇〇〇) (住所) 〒 540-0000 大阪市中央区大手前〇丁目〇番〇号 (電話) 06-6944-0000 (FAX) (E-mail) (URL) http:// |

○ 特典の内容は大阪府交通対策協議会のホームページでご紹介します。

※ 広告ではありません。掲載内容は申込書を元に当協議会で決定します。

「期間限定」など特典内容が限定的な場合は、掲載できないことがあります。

※ 特典の内容について当協議会では一切責任を負えませんので、利用者が高齢者であることを踏まえて事前に十分な説明を行ってください。

○ 詳しくは、06-6944-9290(大阪府庁道路環境課)へお問い合わせください。

※ この制度で知り得た個人情報をその目的以外のために利用し、又は第三者に提供してはいけません。

※ この制度の目的に反するおそれのある場合にはご協力をお断りすることがあります。

