別記様式第１号の２

|  |
| --- |
| **FAX番号**：**０６－４３９７－３７１４／メール**：[kotsudoro-g10@sbox.pref.osaka.lg.jp](mailto:kotsudoro-g10@sbox.pref.osaka.lg.jp)  郵送先：〒540-8570 ※住所記載不要 大阪府都市整備部 交通戦略室交通計画課 内 |

令和　　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･ﾌﾘｶﾞﾅ)

(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登録事項変更等申請書**

　次のとおり、登録事項等に変更がありましたので申請します。

　申請の内容等に、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。

|  |  |
| --- | --- |
| 特典の変更内容等 | (企業名・店舗名) |
| □企業・店舗名の変更  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □企業・店舗の所在地及び連絡先  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □特典内容  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更開始年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日から開始 |
| 担当者連絡先 | (部署名)  (担当者氏名･ﾌﾘｶﾞﾅ)  (住所) 〒  (電話)　　　　　　　　　　　　　　(FAX)  (E-mail) |