

向日市高齢者運転免許証自主返納支援協賛事業
協賛店登録抹消届

年 月 日

(宛先)向日市長

所在地 〒

店舗名等

代表者名

(担当)

電話

FAX

E-mail

向日市高齢者運転免許証自主返納支援協賛事業実施要領第9条第1項の規定に基づき、登録抹消を希望しますので、届け出ます。

記

1 抹消年月日

2 抹消理由