

別 記  
第 1 号様式（第 6 条第 1 項）

浦安市高齢者運転免許証自主返納サポート事業登録申請申込書

令和 年 月 日

浦 安 市 長 様

所在地  
事業所名  
代表者名

浦安市高齢者運転免許証自主返納サポート事業の趣旨に賛同し、下記内容にて申し込めます。

店舗等の名称	
所在地	
代表者名	
担当者部署・氏名	
電話番号	
取扱商品または業種	
F A X 番号	
メールアドレス	
営業時間	
定休日	
ホームページ URL	
特典内容	
事業所の PR	