

「旭川市高齢者運転免許証自主返納サポート事業」協力店登録申込書

年 月 日

所在地

事業所名

代表者役職・氏名

旭川市高齢者運転免許証自主返納サポート事業に賛同し、次のとおり申し込みます。

また、旭川市暴力団排除条例第2条に規定する暴力団若しくは暴力団員又はこれらと密接な関係を有する者ではないことを誓約するとともに、市長が必要に応じて関係機関に確認・照会することに同意します。

1 申込者

店舗等の名称（フリガナ）	
代表者名	
所在地	〒
担当者部署・氏名	
電話番号	
FAX番号	
電子メールアドレス（携帯以外）	
営業時間	
定休日	
ホームページURL	

2 特典内容

「運転経歴証明書」を持参した高齢者に対する特典を記入してください。

3 お店のPR等

4 旭川市ホームページでの公開（太枠内のみ）（公開希望 する・しない）

※代表者名・担当者名・電子メール・FAX番号は、市からの連絡に用い、公開はしません。

（留意事項）

- 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。
- 特典内容について市では一切責任を負えませんので、利用者に対し、事前に十分な説明を行ってください。
- 「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。
- 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。