|  |  |
| --- | --- |
| ＦＡＸ番号 | ０９９－２２６－０７４８ |
| 郵送先 | 〒８９２－８６７７ 鹿児島市山下町１１－１ 鹿児島市役所危機管理局　安心安全課 |

年　　月　　日

事業所の所在地

事業所名

代表者(役職・氏名)

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 優遇制度の内容※公表する内容 | (企業名・店舗名) |
| (運転経歴証明書の提示により受けられる優遇制度の内容) （開始時期：　　　年　　月　　日から） |
| (対象者) |
| (問合せ先)  |
| 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)(URL) |

○　特典の内容は鹿児島市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市で決定します。

「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。

※　優遇制度の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。

○　詳しくは、０９９－２１６－１２０９（鹿児島市安心安全課）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】**

**令和元**年**１０**月**１**日

事業所の所在地　　　**鹿児島市山下町○番○号**

事業所名　　　　　　**株式会社〇〇商事**

代表者(役職・氏名)　**代表取締役社長　　〇〇　〇〇**

**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。

|  |  |
| --- | --- |
| 優遇制度の内容※公表する内容 | (企業名・店舗名)　**〇〇〇〇〇〇屋** |
| (運転経歴証明書の提示により受けられる優遇制度の内容)**店頭価格から１割引**（開始時期：**令和○**年**○**月**○**日から） |
| (対象者)**本人のみ** |
| (問合せ先)**０１２０－○○－○○○○** |
| 担当者連絡先 | (部署名)　**総務部 営業企画課**(担当者氏名･ﾌﾘｶﾞﾅ)**〇〇 〇〇 （〇〇〇〇 〇〇〇〇）**(住所)　〒**○○○－○○○○****鹿児島市谷山中央〇丁目○番○号**(電話)　**０９９－○○○－○○○○**　(FAX)　**０９９－○○○－○○○○**(E-mail)(URL) |

○　特典の内容は鹿児島市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市で決定します。

「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。

※　優遇制度の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。

○　詳しくは、０９９－２１６－１２０９ (鹿児島市 安心安全課)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。