

様式第3号（第8条関係）

高齢者運転免許自主返納協力事業者登録申請書

年 月 日

伊方町長 様

協力事業者
名称

代表者職氏名



高齢者運転免許自主返納支援事業制度の趣旨に賛同し、協力事業者として参加するため、伊方町高齢者運転免許自主返納支援事業実施要綱第8条第1号の規定により、登録を申請します。

記

一般旅客自動車運送事業許可番号