別紙２

余市町高齢者運転免許証自主返納支援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　　　　　　　印

　　余市町高齢者運転免許証自主返納支援事業に賛同し，次のとおり申し込みます。

　　また，余市町暴力団排除条例第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，会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） |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者部署・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

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　余市町ホームページでの公開（太枠内のみ）（公開希望　する・しない）

（留意事項）

１　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。

２　特典内容について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。

３　「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。

４　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。