別紙４

余市町高齢者運転免許証自主返納支援事業終了届

　　　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への協力を終了します。

１　終了する店舗

|  |  |
| --- | --- |
| 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　終了の時期　　　　　年　　月　　日

３　終了の理由

|  |
| --- |
|  |