

北海道高齢者運転免許自主返納サポート制度 協賛事業者登録終了届

年 月 日

所在地

事業者名

代表者役職・氏名

印

北海道高齢者運転免許自主返納サポート制度協賛事業者の登録を終了したいので届け出ます。

1 終了する店舗等

店舗等の名称	(ふりがな)
所在地	〒
担当所属部署・電話番号	
担当者の職・氏名	
担当者メールアドレス	

2 終了日

年 月 日

3 終了の理由