

## 高齢者運転免許自主返納サポート加盟店加入申込書

(申込日) 令和 年 月 日

大分県知事 殿

(申込者) 住 所

企業 (団体名)

代表者

印

大分県が進めている高齢運転者による運転免許自主返納を支援するため、サポート加盟店に加入いたしたく、下記のとおり申し込みます。

- 1 加盟店名 (屋号)
- 2 対象店舗名
- 3 特典内容
- 4 特典開始予定日
- 5 連絡先及び担当者名
  - ・電 話 :
  - ・F A X :
  - ・E mail :
  - ・担当者名 :

- 特典の内容は大分県生活環境部生活環境企画課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もとに当課で決定します。  
「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。
- ※ 特典の内容について当課では一切責任を負えませんので、利用者が高齢者であることを踏まえて十分な説明を行ってください。