

北海道高齢者運転免許自主返納サポート制度 協賛事業者登録申込書

年 月 日

所在地
事業所名
代表者役職・氏名

北海道高齢者運転免許自主返納サポート制度の趣旨に賛同し、以下の内容を誓約し、次のとおり協賛事業者として申し込みます。

- (1) 北海道暴力団の排除の推進に関する条例第2条に規定する暴力団若しくは暴力団員又は第7条に規定する暴力団関係事業者ではないこと
- (2) 本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ないこと

1 申込者

店舗等の名称 *	(ふりがな)
所在地 *	〒
電話番号 *	
ホームページURL *	
営業日・営業時間	
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	

※ 1及び下記2の項目のうち*の付いた項目は、道のホームページに掲載します。

※ 同一事業者等において、複数の店舗または施設を登録する場合は、一覧を添付してください。

2 特典（サービス）の内容

特典（サービス）の内容*	「運転経歴証明書」を持参した65歳以上の高齢者に対する特典（サービス）を記入してください。
特典（サービス）適用日*	年 月 日 からサービス開始

※ 複数の店舗等ごとに特典が異なる場合など、本様式のみでの記載が難しい場合は、必要項目を記載した別紙を添付してください。

(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道で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。