

FAX番号：06-4397-3714 / メール：kotsudoro-g10@sbox.pref.osaka.lg.jp
 郵送先：〒540-8570 ※住所記載不要 大阪府都市整備部 交通戦略室交通計画課 内

令和 年 月 日

大阪府交通対策協議会事務局 行

事業所の所在地

事業所名

代表者(氏名・フリガナ)

(生年月日)

年 月 日生

高齢者運転免許自主返納サポート制度登録事項変更等申請書

次のとおり、登録事項等に変更がありましたので申請します。

申請の内容等に、この制度の目的に反する事項等がないことの確認をお願いします。

特典の変更内容等	(企業名・店舗名)
	<input type="checkbox"/> 企業・店舗名の変更 ()
	<input type="checkbox"/> 企業・店舗の所在地及び連絡先 ()
	<input type="checkbox"/> 特典内容 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()
変更開始年月日	令和 年 月 日から開始
担当者連絡先	(部署名)
	(担当者氏名・フリガナ)
	(住所) 〒
	(電話) (FAX)
	(E-mail)