

# 高齢運転者運転免許自主返納サポート事業 **協賛申込書**

年 月 日

茨城県生活文化課安全なまちづくり推進室 あて

「高齢運転者運転免許自主返納サポート事業」の協賛店舗等として、申し込みます。

※は必須事項です。必ず記入して下さい。

## 登録者情報

(フリガナ) 店舗等名称		
(フリガナ) 代表者氏名		
所在地	〒	
ご担当者 連絡先 ※ (公開しません)	氏名(フリガナ)	
	電話	FAX
	E-mailアドレス	

## 店舗情報

県ホームページで公開します。※以外で、公開を希望しない項目は未記入で結構です。

(フリガナ) 店舗等名称 ※	
業種区分 ※ (一つだけ選択して下さい)	買う 食べる 学ぶ 見る・遊ぶ 泊まる 交通 金融 理美容 自動車(販売、整備、レンタカー) クリーニング 写真 ガソリンスタンド その他
所在地 ※	〒
電話番号 ※	
E-mailアドレス	
HPアドレス	
営業時間	時 分 ~ 時 分 (24時間表示)
定休日	
駐車場	台
優待内容 (100字以内) ※	
店舗等の紹介 (100字以内) ※	