

申込日 平成 年 月 日

高齢免許返納者サポート制度 協力企業・団体 登録用紙

企業・団体名	
代表者名	
所在地	
TEL・FAX	TEL / FAX
実施店舗・施設名	
所在地	
TEL・FAX	TEL / FAX
HP (URL)	
担当者名	
担当者連絡先	

●ご協力いただける内容等

該当する番号に○を、()内に具体的な内容をご記入ください。

※ホームページに掲載するため、具体的な内容は必ずご記入願います

例：入館料の1割引、○○商品の1割引、店舗から○km以内の方購入商品無料配送

1. 購入商品の自宅配送サービス
()
2. 買い物代金の割引サービス
()
3. その他の買い支援サービス
()
4. 施設利用料の割引サービス
()
5. 購入者・施設利用者への特典サービス
()
6. その他
()