同　意　書

隠岐の島町長　様

私は、隠岐の島町高齢者運転免許自主返納支援事業による支援を受けるに当たり、町長が私の運転免許の｛申請取消（自主返納）・失効｝に関する下記の事項について調査することに同意します。

記

運転免許の｛申請取消（自主返納）・失効｝をした年月日及び申請取消の区分（全部取消・一部取消）に関すること

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 隠岐の島町 |
| 生年月日 | T ・ S　　　　年　　　月　　　日 |
| 連絡先 |  |

【代理記入者】※代理記入の場合のみ

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |

※手書き（本人自署）で記入してください。〔押印不要〕

※本人自署が困難な場合は、委任を受けた代理人が記入してください。

　この場合は、「代理記入者」の欄にも記名・押印してください。