

代理人選任届

代理人（窓口に来る方）

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

電話番号 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

記

東海村高齢者運転免許証自主返納支援事業に関する申請及び受領に関する一切のこと。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

電話番号 _____

※ 代理人の方の本人確認を行っておりますので、運転免許証又は保険証をご持参ください。