

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

大川市長 様

（販売店等）住 所

事業所名

代表者名

（※）法人の場合は、原則として記名押印してください。
法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

後付け安全運転支援装置設置販売証明書

下記のとおり、後付け安全運転支援装置を設置販売したことを証明します。

記

使用者の住所及び氏名	住 所 大川市大字 氏 名
車両番号	
後付け安全運転支援装置の名称	
装置の設置日	年 月 日
装置の設置費用	円

（販売担当者）

氏 名		電話番号	
-----	--	------	--

※記載内容等について照会させていただく場合がありますのでご了承ください。販売担当者は、問合せに対応できる方をご記入ください。