

令和 年 月 日

御中

残債確認照会依頼書

私は、貴社が所有権留保する車両の残債の有無等につきまして、以下の通り照会依頼いたしますので、ご回答をお願いいたします。

なお、照会依頼の回答結果は、下記取扱い店にお伝えいただきますようお願いいたします。

墨名はお客様の白筆で必ずご記入下さい

フリガナ	お客様にご記入いただく箇所		
氏名 又は 名稱	印	住 所	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号	()

○ 二二二に運転免許証を書いて

本紙をコピーしてください。

- 商談場所によって、運転免許番号をコピーできない時は免許証番号を記入願います。その際、お客様に別途ご連絡をする場合があります。

印鑑証明書の印を押印ください。

担当者										
電話番号	0144-55-7211									
FAX番号	0144-84-6380									

照会依頼車両の明細(自動車検査証に記載の通り)

所有者の名称											
登録番号											
車台番号											
初年度登録年月	昭和	・	平成	・	令和	年	月				
登録年月日	昭和	・	平成	・	令和	年	月	日			
使用者氏名又は名称											
使用者の住所											