

御中

残 債 確 認 照 会 依 頼 書

私は、貴社が所有権留保する車輛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けますようお願いいたします。

※名はお客様の白筆で必ず記入下さい

フリガナ		
氏 名	住所	
又は		
名 称		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号 ()

お客様にご記入いただく箇所

印

印鑑証明書の印を押印ください。

ここに運転免許証を置いて

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ご記入願います。その際、お客様に別途ご連絡をする場合があります。

担 当 者		
電話番号	0144-55-7211	
FAX番号	0144-84-6380	

照会依頼車輛の明細(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		