

安全運転支援装置取扱事業者の販売店をご記入ください。

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

三春町長 様

安全運転支援装置販売・設置事業者（安全運転支援装置取扱事業者）

所在地

名 称

代表者又は

店長（営業所長）名

㊞

安全運転支援装置販売・設置証明書

下記のとおり、安全運転支援装置を販売及び設置したことを証明します。

記

使用者の氏名			
使用者の住所			
登録番号 (車両番号)			
安全運転支援装置	機 能 <small>※該当する装置に チェックして下さい</small>	A	<input type="checkbox"/> 障害物検知機能付きペダル踏み間違い急発進抑制装置等 (センサー有り)
		B	<input type="checkbox"/> ペダル踏み間違い急発進抑制装置等 (センサー無し)
	装 置 名		
	性 能 認 定 <small>※該当する場合に チェックして下さい</small>	<input type="checkbox"/> 国土交通省の性能認定を受けている	
	設 置 日	年 月 日	
装置設置費用	本体金額		
	部品金額		
	取付工賃		
	消 費 税		
	計 (①)		
補助金等* (②)			
使用者支払額 (①-②) (補助対象経費)			

※一般社団法人次世代自動車振興センター等から交付を受ける補助金の額
(取扱担当者)

氏 名		電話番号	
-----	--	------	--

取扱担当者は、安全運転支援装置の設置に関する問い合わせ等に対応できる方として下さい。