

所有権解除 及び 残債照会 承諾書

車両番号		交付年月日	
車台番号		初度検査年月	
車名		型式	
使用者		所有者	

上記車両(貴社の所有権留保車両)の所有権解除をたく、私の運転免許証を提示の上、
下記の者へ所有権解除書類一式を交付することと、私の貴社に対する残債につき
残債照会することを承諾致します。

年 月 日

依頼者(自動車検査証の使用名義人)

住所

氏名(自署)

印

電話番号

所有権解除及残債照会依頼者		ここに使用者の運転免許証を置き 本紙をコピーしてください。 使用名義人が法人の場合や 運転免許証の提示ができない場合、 実印を押印の上、 印鑑証明書を本紙に添付してください。
住所		
社名		
担当者		
TEL		
FAX		

※同時に自動車検査証をFAXをお願いいたします。

FAX送付先 : 06-6909-9092