

株式会社スズキ自販福岡御中

所 有 権 解 除 及 残 債 照 会 承 諾 書

車両番号		交付年月日	昭和・平成 年 月 日
車台番号		初度検査年月	昭和・平成 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）の所有権解除をしたく、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いたします。

年 月 日

依頼者（車検証上の使用名義人）

住所

氏名（自署）

印

連絡先・TEL

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下さい。 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	印	
担当者		
TEL		
FAX		

※同時に車検証を添付して下さい。