

残債確認照会依頼書

※太枠内をご記入願います

私は、貴社が所有権留保する車輛の残債の有無につきまして、以下の通り照会依頼いたしますので、ご回答をお願い致します。なお、照会依頼の回答結果は、下記取扱店にご通知いただきますようお願い致します。

※署名はお客様の自筆で必ずご記入下さい。

フリガナ		住所	〒
氏名 名称	印		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号	()
回答書送付先	ここに運転免許証を置いて 本誌をコピーして下さい。 (運転免許証を返納された場合は 健康保険証の写しをお願い致します)		
担当者			
電話番号			
FAX番号			

※回答を FAX で致しますのでご担当者名・FAX 番号を必ず明記下さい。

照会依頼車輛の明細 (自動車検査証に記載の通り) ※車検証写しを添付して下さい。

登録番号		初年度登録年月	
車台番号		登録年月	
車名		使用者氏名	

※万一、FAX 送信時に誤って第3者へ送信されトラブルが発生した場合、送信元において全ての責任を負っていただきますのでご注意下さい。

受付事項

残債確認結果報告

令和 年 月 日

車 輛 代	有 ・ 無	※譲渡証お受取りの際の必要事項※	
そ の 他	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 貴社の念書	<input type="checkbox"/> 使用者の委任状
クレジット会社		<input type="checkbox"/> 車検証コピー	<input type="checkbox"/> 使用者の印鑑証明
会 員 番 号		<input type="checkbox"/> 完済証明書のコピー	<input type="checkbox"/> 使用者の住民票
備 考		<input type="checkbox"/> 返信用封筒	
		定型封筒に 404 円分の切手を貼付願います ※宅配便の送り状不可 ※レターバックプラス可 ※レターバックライト不可	

【必要書類郵送先】〒040-0073 函館市宮前町30番6号 株式会社 函館マツダ 本社 業務課 宛
FAX.0138-40-7851 TEL.0138-42-3124

自動車譲渡証明書発行依頼書及び受領書

※太枠内をご記入願います

自動車の明細

登録番号		車名・型式		
原 動 機		車 体 番 号		
初度登録	年 月 日	変 更 登 録	年 月 日	

自動車検査証の使用者

住所

氏名

今般、標記自動車を下記（ ）に
譲渡したいので、車両譲渡書は譲受人に発行して下さい。

年 月 日

署名はお客様の自筆で必ずご記入下さい。

フリガナ		<p>ここに運転免許証を置いて 本誌をコピーして下さい。</p> <p>(運転免許証を返納された場合は 健康保険証の写しをお願い致します)</p>
氏 名 称		
住 所	〒	
電話番号	()	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	

キトリ

キトリ

キトリ

株式会社 函館マツダ 殿

受領書

上記車両の譲渡書を受領致しました。尚、車税については当方が責任をもってお支払い致します。

※太枠内をご記入願います

年 月 日
譲受人
住 所
氏 名
※印鑑証明書の印鑑をお願い致します (法人を除く)