

佐賀日産自動車株式会社 御中

FAX 0952-24-7565

TEL 0952-24-6111

残債調査照会依頼書

| 対象車両の車検証の内容を正確に転記して下さい | | | |
|------------------------|-------------------------|-------|--|
| 登録番号 | | 登録年月日 | |
| 車台番号 | | 初度登録年 | |
| 車名 | | 型式 | |
| フリガナ | | | |
| 所有者氏名又は名称 | 必要事項を正しく漏れの無い様にご記入ください。 | | |
| 使用者氏名又は名称 | | | |
| 車検証上の使用者住所 | | | |

このたび、私の使用する上記車両について、所有権解除を致したく、私の運転免許証を提示の上、販売店及びに利用信販会社等への所有権解除のための照会(残債の有無等)を依頼いたします。照会した結果は、私に代わって下記受任者にご通知いただきますようお願い致します。尚、依頼後において貴社にご迷惑が生じることがあった場合、私が責任を持って解決致します。

年 月 日

依頼者(通常は車検証上の使用名義人となります)

| | |
|---------------------|--|
| 住所 | ご依頼者様(使用名義人様)に上記の文面をご説明いただき、署名・捺印をお願い致します。 |
| 氏名(自筆)or 法人(ゴム印) | |

受任者(連絡先のご記入を正確にお願い致します)

| | | |
|--------------|-------------------------------|--|
| 依頼者住所 | 受任される方の住所・氏名・会社名・連絡先をご記入ください。 | ご本人様、調査照会依頼者 使用名義人様の免許証のコピーを 残債調査依頼書右下欄に添付ください。 ○ここに運転免許証を置 本誌をコピーして下さい ○印鑑証明書でのご依頼の場合は、この用紙と 一緒にFAXして下さい。 |
| 個人名 or法人名 | | |
| 担当者 | | |
| TEL | | |
| 携帯電話 | | |

※ご記入いただいた内容及び個人情報厳重に管理し、残債の有無を確認する為に必要な範囲にのみ利用させていただきます、それ以外の目的には利用致しません。

※16時以降のFAX受付分は原則として翌日の回答になります。土・日・祝祭日に懸かる場合、問合せ先の都合により回答が翌営業となる場合があります。当社の定休日の場合は翌日の回答になります。