

佐賀日産自動車株式会社 御中

FAX 0952-24-7565

TEL 0952-24-6238

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			
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、販売店並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
氏名(自筆)or 法人(ゴム印) (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	ご本人様、調査照会依頼者の方へ ○ここに運転免許証を置いて 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 は 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。