

安全運転支援装置設置証明書

年 月 日

(宛先) 伊勢・度会地区交通安全対策協議会会長

所在地

名称

代表者

印

下記のとおり、当事業所において安全運転支援装置を設置したことを証明します。

記

安全運転 支援装置	メーカー	
	装置名	
設置に係る 自動車	自動車検査証 記載の使用者	
	登録番号又は 車両番号	
設置年月日	年 月 日	
購入及び設置 に係る費用	円	
担当者 連絡先	担当者名	
	電話番号	