様式第２号

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

　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 | |