

他店様用

室蘭ダイハツ販売(株) 御中

年 月 日

所有権解除依頼書 兼  
残債確認照会依頼書

私は、貴社が所有権留保する下記車両に対し残債照会並びに所有権解除を依頼致しますので、ご回答をお願いいたします。

なお、照会依頼の回答結果等は、下記取扱い店にお伝えいただきますようお願いいたします。

署名は使用者様の自筆で必ずご記入下さい。			
フリガナ		住所	〒 -
氏名 又は 名称	(印)		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号	( )

取扱い店		・運転免許証(表・裏) ・自動車検査証(車検証) コピーが必要です。 鮮明なものでお願いします。
住所		
社名		
担当者		
電話番号	( )	
FAX番号	( )	
携帯番号	( )	
残債精算日(残債が残っている場合)	月 日	

照会依頼車両の明細(自動車検査証に記載の通り)

所有者の名称	室蘭ダイハツ販売 株式会社
登録番号	
車台番号	-
初年度登録年月	昭和・平成・令和 年 月
登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
使用者の氏名 名称	
使用者の住所	

〔室蘭ダイハツに所有権が付いているものに限る〕