

御中

残債確認照会依頼書

私は、貴社が所有権留保する車輛の残債の有無につきまして、以下の通り照会依頼いたしますので、ご回答をお願い致します。なお、照会依頼の回答結果は、下記取扱店にご通知いただきますようお願い致します。

※署名はお客様の自筆でご記入下さい。

フリガナ		住所	〒
氏名 名称	Ⓜ		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号	()
回答書送付先		○ここに運転免許証を置いて 本紙をコピーして下さい。	
担当者			
電話番号			
FAX番号			

※回答をFAXで致しますのでご担当者名・FAX番号を必ず明記下さい。

照会依頼車輛の明細(自動車検査証に記載の通り)

登録番号		初年度登録年月	
車台番号		登録年月	
車名		使用者氏名	

◎万一、FAX送信時に誤って第三者へ送信されトラブルが発生した場合、送信元において全ての責任を負っていただきますのでご注意ください。

受付番号

残債確認結果報告

令和 年 月 日

車輛代	有 ・ 無	※譲渡証お受取りの際の必要書類※	
その他	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 貴社の念書	<input type="checkbox"/> 使用者の委任状
クレジット会社		<input type="checkbox"/> 車検証コピー	<input type="checkbox"/> 使用者の印鑑証明
会員番号		<input type="checkbox"/> 完済証明証のコピー	<input type="checkbox"/> 使用者の住民票
備考		<input type="checkbox"/> 納税証明書のコピー(ない場合、「念書」に一筆いただければ不要です)	
		<input type="checkbox"/> 返信用封筒	〔 定形封筒に 434 円分の切手を貼付願います ※宅配便の送り状不可 ※レターパックプラス可 ※レターパックライト不可 〕

【必要書類郵送先】

〒060-0032 札幌市中央区北2条東1丁目1番地

* FAX 011-210-4753

北海道マツダ販売株式会社 営業推進部 宛

* TEL 011-241-2980