年　　月　　日

自動車損害賠償責任保険証明書発行申込書

西新井物流事業協同組合　御中

住所
社名
代表者
TEL
担当者名

※継続発行で証明書のコピーがある場合は車輌番号のみで結構です								証明書の取扱い
車輌番号				車台番号	保険期間（　ヶ月）	自動車の種別	本拠地	
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）
					自　令和　年　月　日 至　令和　年　月　日（　ヶ月）			○郵送 ○その他（　）