



年 月 日

## 自動車保証申込書 Auto Warranty Approval Request

新規 再送

お申込み者様 Customer Name		ランク Rank	
生年月日 Date Of Birth	/ / /	月収 Monthly Income	

車番 Number Plate		製造年 Year		色 Color	
メーカー Car/Bike Maker			車名 Model		

ローン金額 Amount Of Loan		毎月返済 Monthly Payment	
-------------------------	--	-------------------------	--

運転免許証の写し Copy Of Driving License

**【個人情報の取り扱い】**

The handling of personal information  
本件申込審査のみ利用し、  
それ以外には利用いたしません。  
Personal information will only be used  
for the inspection of applications.

**【大成保証株式会社】**

〒107-0052 東京都港区赤坂3-2-8VORT赤坂見附II4階  
TEL: 03-6230-9297(代表) FAX: 03-6230-9519

**【お取り扱い会社様】**

Dealing Company

取扱会社

連絡先

担当者名

取扱会社

連絡先

担当者名