

残債照会依頼書

私は、貴社が所有権留保する車両の残債を一括支払いする場合の精算金額につきまして、以下の通り照会依頼いたしますので、ご回答をお願いいたします。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いたします。

署名はお客様の自筆で必ずご記入ください				
フリガナ			住所	〒
氏名 名称	⑩			
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 本紙をコピーしてください	
担当者				
電話番号				
FAX番号				
車両情報	メーカー		登録番号	
	通称名		車台番号	
精算予定日		年 月 日	精算方法	1.現金 2.銀行振込 3.その他()

(回答書送付先)

様

回 答 欄

上記ご依頼に基づき、下記の通りご回答申し上げます。

年 月 日 現在

残一括代金額	円		
債権残高	円	戻し手数料	▲ 円
確認事項	年 月 日 お支払い後の計算金額です		
ご精算期限	年 月 日		
備考			

ご注意 ご入金をご精算期限を過ぎた場合は、金額が異なる場合があります
差額が生じた場合は、別途ご請求させていただくことになりますのでご注意ください

会社名	支店名/連絡先	検印	担当者
株式会社日産サティオ高知 本社 高知市知寄町2丁目1-37	TEL:088-882-3261 FAX:088-882-3075 ※毎週水曜日、第2・3火曜日定休日		