自転車乗車用ヘルメット販売証明書

　　年　　　月　　　日

みよし市長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　[自転車乗車用ヘルメット販売店]

　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

名　　称

代 表 者

電話番号

　下記のとおり、自転車乗車用ヘルメットを販売したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名（購入者又は使用者） |  |
| ヘルメット販売価格（単価／税込み） | 金　　　　　　　　　　　　円 |
| ヘルメット代金領収日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 販売ヘルメット | メーカー |  |
| 品名 |  |
| 品番 |  |
| 安全基準※1 | ＳＧ ・ ＪＣＦ ・ ＣＥ ・ ＧＳ ・ ＣＰＳＣ |

※1　安全基準の認証を受けているマークのいずれかに○を付けてください。