

# 自転車乗車用ヘルメット販売証明書

令和 年 月 日

奈半利町長 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

印

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

購入した ヘルメット の品名等	メーカー名	
	型名等	
	安全基準	SG・JCF・CE・GS・CPSC
ヘルメット代金領収日	令和 年 月 日	
ヘルメット代金（税込み）	円	
ヘルメット 使用者	住所	奈半利町
	氏名	

※ 安全基準は認証を受けているマークに○を付けてください。