

様式第1号(第4条関係)

おもいやり駐車場制度協力施設登録申出書

宮 崎 県 知 事 (福祉保健部 障がい福祉課)あて
(E-mail : shogaifukushi@pref.miyazaki.lg.jp FAX : 0985-26-7340)

団体(会社)名	
所在地	
代表者の役職・氏名	
担当部署名	
担当者名	
電話番号	

※個人の場合、団体(会社)名には、氏名を記入してください。

次の施設の駐車場について、おもいやり駐車場制度協力施設としての登録を申し出ます。

No	施設名	施設の種類	施設所在地	協力駐車区画数		路面表示 ステッカー 希望枚数	壁面表示 ステッカー 希望枚数
				車いす利用者 優先駐車場 (概ね3.5m幅)区画数	その他対象駐車場 (2.5m幅)区画数		
1			〒				
2			〒				
3			〒				
4			〒				
5			〒				

※「施設名」の欄は、店舗名など施設の名称を記載してください。県のホームページ等において、ここに記載された名称で紹介させていただきます。

※「施設の種類」欄にはショッピングセンター、病院、ホテルなど、施設の種類を記載してください。

※「協力駐車区画数」欄は協力いただける区画数を「車いす利用者優先駐車場(概ね3.5m幅)区画数」と「その他対象駐車場(2.5m幅)区画数」に分けて記載してください。