

徳島県パーキングパーミット（身体障がい者等用駐車場利用証）交付事業協力申込書

徳島県保健福祉部障がい福祉課 へ
 (ファクシミリ：088-621-2241)

申込者

〒

会社・法人等所在地： _____

会社・法人等名称： _____

代表者名： _____

※個人の場合は、「代表者名」欄に個人名を記載してください。

担当部署名： _____

担当者名： _____

電話番号： _____

徳島県パーキングパーミット（身体障がい者等用駐車場利用証）交付事業に協力することを申込みます。

—協力対象施設等—

NO.	施設名	施設所在地	協力駐車スペース数(台)	ステッカー希望枚数(枚)		施設の用途
				A2	A3	
1				A2		
				A3		
2				A2		
				A3		
3				A2		
				A3		
4				A2		
				A3		
5				A2		
				A3		

※1 「施設名」については、店舗名など施設名称を記載してください。県のホームページには、ここに記載された名称で御紹介させていただきます。

※2 「施設所在地」については、施設の住居表示を記載してください。

※3 「協力駐車スペース数」については、本事業に御協力いただける駐車スペースの数を記載してください。

※4 「ステッカー希望枚数」については、希望するステッカーの枚数を記載してください。

なお、希望枚数が多数となる場合は、御希望に添えない場合があります。

サイズ：A2(W420×H594)、A3(W297×H420)

※5 「施設の用途」については、ショッピングセンター、銀行、公民館、公園など、施設の用途を具体的に記載してください。