

様式第4号(第9条第1項関係)

長崎県おもいやり駐車場制度協力施設登録申出書

令和 年 月 日

長崎県福祉保健課長 あて

事業所名	
代表者名	
所在地	

次の駐車場につきまして、長崎県おもいやり駐車場制度の協力施設として申し出ます。

No	店舗等施設名	施設所在地	※車椅子マーク区画数	※プラスワン区画数
(例)	〇〇スーパー長崎店	長崎市尾上町3-1	2	2
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※車椅子マーク区画は3.5m以上、プラスワン区画は2.5m以上の幅が必要です。長崎県おもいやり駐車場にご協力いただける区画数をご記入ください。

変更、追加等がございましたらご連絡をお願いします。

担当部署名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	