

長崎県パーキング・パーミット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	
所在地	
代表者名	

次の駐車場につきまして、長崎県パーキング・パーミット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	身障者用駐車場数
(例)	〇〇スーパー長崎店	長崎市江戸町2-13	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注：「駐車乗数」とは、身障者用駐車場スペース数（2台分あれば「2」と）を記入してください。

担当部署名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	