

岩手県車椅子使用者用駐車施設協定締結申出書

年 月 日

岩手県知事 様

下記施設の車椅子使用者用駐車施設について、貴県と指定駐車施設の協定を締結したいので申し上げます。

記

申出者(施設設置者)	フリガナ					
	法人等名称・商号等					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー)			
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	代表者の職・氏名		職名	氏名		
	管理担当者の職・氏名		職名	氏名		
対象事業所・施設	1	フリガナ				
		名称				
		指定を受けようとする車椅子使用者用駐車施設の台数	台	(備考)駐車場全体の台数	台	
	2	フリガナ				
		名称				
		指定を受けようとする車椅子使用者用駐車施設の台数	台	(備考)駐車場全体の台数	台	
	3	フリガナ				
		名称				
		指定を受けようとする車椅子使用者用駐車施設の台数	台	(備考)駐車場全体の台数	台	
	4	フリガナ				
		名称				
		指定を受けようとする車椅子使用者用駐車施設の台数	台	(備考)駐車場全体の台数	台	
	5	フリガナ				
		名称				
		指定を受けようとする車椅子使用者用駐車施設の台数	台	(備考)駐車場全体の台数	台	
	6	フリガナ				
		名称				
		指定を受けようとする車椅子使用者用駐車施設の台数	台	(備考)駐車場全体の台数	台	
	7	フリガナ				
		名称				
		指定を受けようとする車椅子使用者用駐車施設の台数	台	(備考)駐車場全体の台数	台	

備考 7か所以上の申し出を同時に行う場合は、本様式類似の任意様式を添付して記載してください。