

かがわ思いやり駐車場制度 協力施設・事業所登録廃止届

平成 年 月 日

香川県健康福祉部保健福祉総務課長 あて

【申請者】

所在地	〒
法人名	
代表者 職・氏名	

かがわ思いやり駐車場制度協力施設・事業所の登録を廃止したいので、「香川県障害者等用駐車場利用証交付制度（かがわ思いやり駐車場制度）実施要綱」第 9 条第 4 項の規定に基づき、次のとおり届出します。

登録廃止施設名（支店・店舗名）	施設所在地

（廃止の理由） ※該当する項目の□にチェック（レ）を入れてください。

- ☐ 登録協力施設・事業所が閉鎖するため
- ☐ 対象駐車区画の確保が難しくなったため
- ☐ その他

※〔 〕内に理由を記載してください。

〔 〕

担 当 部 署 名	
担 当 者 職 ・ 氏 名	
電話番号	