

様式第6号（第8条関係）

浦添市身障者等用駐車場利用認定証制度協力施設登録申出書

年 月 日

浦添市長 宛

事業所名

所在地

代表者名

次の駐車場につきまして、浦添市身障者等用駐車場利用認定証制度の協力施設としての登録を申し出ます。

No.	施設（店舗）名	施設所在地	障がい者等用 駐車区画数
(例)	〇〇スーパー〇〇店	浦添市〇〇〇	3

注 障がい者用駐車区画数には、障がい者等用駐車場区画が3台分あれば「3」と記入してください。

施設の用途	
-------	--

注 スーパー、銀行など施設の用途を記入してください。

協力する事項

- 1 障がいのある方などのための障がい者等用駐車場として適用できるよう、来訪者に依頼、周知するなど、適切な利用ができるよう管理に努めます。（警備員や指導員などの要員配置を義務付けるものではありません）
- 2 利用認定証の交付を受けていない者でも必要と認めるときは、配慮願います。
- 3 市から送付する協力施設であることの案内表示を掲示します。

☆ご登録いただきますと、市のホームページに施設名を掲載します。

☆上記の内容に変更があった場合は、遅滞なく市に報告してください。

御担当部署名	
御担当者名	
電話番号	
メールアドレス	