様式第７号（第９条関係）

かがわ思いやり駐車場制度　協力施設・事業所登録廃止届

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	