

(熊本県) ハートフルパス制度 登録情報等変更申込書

令和 年 月 日

以下のとおり、ハートフルパス制度に係る登録情報の変更及び資材の送付を申込みます。

1 申込者情報

名称 : _____
所在地 : _____
代表者職・氏名 : _____

2 担当者

所属・職・氏名 : _____
電話番号 : _____
メールアドレス(会社) : _____
メールアドレス(会社) : _____

3 現在登録している施設

(名称)	
(住所)	

4 変更後の駐車区画数 (単位: 台)

来客用 駐車場	うち 車椅子専用駐車場 (幅 3.5m 以上)	うち 障がい者等用駐車場 (幅 3.5m 以上)	うち 障がい者等優先駐車場 (幅 3.5m 未満)

5 案内資材の必要数 (単位: 枚)

	車椅子専用駐車場(赤)	障がい者等用駐車場(緑)	障がい者等優先駐車場(青)
A 2サイズ			
A 3サイズ			
三角コーン用			

5 その他連絡事項等ありましたら、以下にご記入ください。

※案内資材は、問3でご回答いただいた施設へ送付します。

別の送付先を希望する場合は、住所・担当者氏名を記入してください。

()