



身体障がい者専用駐車場パス 申請書 FAX 0561-63-3535

下記の太枠内をご記入して FAX ください。

氏名		来場日	3日(土・祝)・4日(日) どちらかに丸印を付けてください。	
住所	〒			
TEL		FAX		
携帯				
車両情報	メーカー		車名	
	車番		カラー	

この枠内に身体障がい者手帳のコピーを貼り付けて FAX ください。