

ゆずりあい駐車区画表示カバー再送付依頼文例

大阪府障がい者等用駐車区画利用証制度
ゆずりあい駐車区画表示カバーの再送付について（依頼）

平成 年 月 日

大阪府福祉部 障がい福祉企画課 （御中）

〇〇株式会社（〇〇市） 〇〇課
〇〇 〇〇

下記のとおり大阪府障がい者等用駐車区画利用証制度登録施設について、ゆずりあい駐車区画表示カバー（カラーコーン用）を再送付願います。

記

| | |
|---------------------------------|---|
| 施設名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| ゆずりあい駐車区画 登録数 | |
| カバー再送付希望枚数 (上限枚数：ゆずりあい区画登録数) | |
| 再送付依頼理由 | 例) 経年劣化のため |
| 担当者 | |
| カバー送付先 (〒・住所・施設名・宛名) | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町 〇-〇-〇 〇〇ビル 〇階 〇〇〇〇株式会社 担当：〇〇 |