

駐車場利用申込書

記入日 年 月 日

社会福祉法人 足跡の会
理事長 溝渕信一 様

駐車場を利用したいので、下記の通り申込みします。
なお、利用にあたっては下記【利用条件】を遵守することを誓約いたします。

記

駐車場名称	みどりの森デンタルクリニック 座間院駐車場		
利用者氏名			
住所			
電話番号			
勤務先			
勤務先住所			
勤務先電話番号			
車名及び登録番号	車名	登録番号	
駐車する自動車	メーカー	色	

- 【利用条件】 駐車場内では、許可証を運転席前の外部から見えやすい場所においてください
許可証を他人に貸与又は譲渡しないでください
この許可証は、園送迎時以外に使用しないでください
(駐車可能時間は朝8:30まで、夕17:30以降です 時間にも余裕を持った送迎をお願いします)
園行事等が行われる日は、駐車はできません
許可証を紛失した場合には事務所までご連絡ください
許可期間が満了した場合又は駐車場を利用する必要がなくなった場合は、速やかに許可証を返納してください
駐車場内において生じた事故及び盗難・損害については、園では一切責任を負いません。
この許可証は、標記記載の車両以外では使用しないでください
この許可証の記載事項に変更が生じたときは、遅滞なく届け出てください
ルールを守り、安全運転に心掛けてください
許可証は1枚500円にて発行いたします(年度毎の発行になります)
一度お支払い頂いた許可証代金は、いかなる理由があっても返金致しません
上記事項を遵守されていない場合は、許可証の発行を取り消すことがあります

駐車許可証利用者

印