

立体駐車場申込書

令和 年 月 日

物件名	NO.	駐車場料金	敷 金	
申 込 書	(フリガナ)			
	氏名	男・女 印		
	電話番号	() -	生年月日	年 月 日
		携帯Tel - -	使用開始 希望日	年 月 日
	住所			
	契約車種	自動車登録番号 (プレートナンバー)		
	勤務先	Tel() -		
	所在地	年収 万円		
	業務内容	勤続年数 年 ヶ月		
その他 連絡先	申込者との関係() 住所 氏名	Tel() -		

※太枠内をご記入下さい。

公益社団法人神奈川県薬剤師会

担当:管理課

TEL 045-761-4046

FAX 045-751-4460

※提出書類をご用意下さい。

①契約者の免許証のコピー

②車検証のコピー