所　　属：
担当者名：
電話番号：

佐賀県パーキングパーミット（身障者用駐車場利用証）制度協力施設

施　設　名	住　　所	電話番号	来客用 駐車場数	うち身障者用 駐車場数	ステッカー	
					サイズ (A2又はA3)	枚　数