

## 団体構成員名簿

No.	カ ナ 氏 名	住 所（番地不要）	備 考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

注 1 障害者団体として登録する場合、障害者手帳等（身体障害・知的障害・精神障害の手帳又は埼玉県の特  
定疾患・小児慢性特定疾患・指定疾患の医療受給者証）をお持ちの方はその内容を備考欄に記入して  
ください。また、申請書提出時に手帳等を確認させていただきます。

注 2 連絡先電話番号については、代表者又は副代表者以外は任意で記入してください。

注 3 市内に通勤・通学している方は備考欄に通勤・通学先を記入してください。