

団体構成員名簿

| No. | 力ナ 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。