団体構成員名簿

No.	カ ナ 氏 名	住 所	連絡先電話番号	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典疾患・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。