

障害者団体登録構成員名簿

年 月 日

団体名 _____

活動内容

--

*代表者の番号を○で囲んで下さい。

番号	氏名	住所	障害者・介護者等 (どちらかに○)	介護者等の場合 障害者の氏名	手帳・受給者 証等の種類
1			障害者・介護者等		
2			障害者・介護者等		
3			障害者・介護者等		
4			障害者・介護者等		
5			障害者・介護者等		
6			障害者・介護者等		
7			障害者・介護者等		
8			障害者・介護者等		

番号	氏名	住所	障害者・介護者等 (どちらかに○)	介護者等の場合 障害者の氏名	手帳・受給者 証等の種類
9			障害者・介護者等		
10			障害者・介護者等		
11			障害者・介護者等		
12			障害者・介護者等		
13			障害者・介護者等		
14			障害者・介護者等		
15			障害者・介護者等		
16			障害者・介護者等		
17			障害者・介護者等		
18			障害者・介護者等		
19			障害者・介護者等		
20			障害者・介護者等		