

(様式2)

県有施設減免利用登録団体登録証

登録年月日		年	月	日
更新年月日 ＜更新の場合のみ記入＞		年	月	日
有効期間		年	月	日 ～ 年 月 日
団体名 代表者名				
連絡先	〒			
	住所			
	TEL			
	FAX			
	e-mail			
担当者名				
設置目的				

年 月 日

奈良県福祉保険部障害福祉課長 印