

# 利用者名簿

ご来館日 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日)

団体名 : \_\_\_\_\_ 代表者名 : \_\_\_\_\_

印

ご住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NO	氏名	性別	生年月日	障がい者手帳の種類及び番号	
				種類	番号
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

必要事項をご記入いただき、施設印を押印のうえ、当日お持ちください。

※個人情報のため、事前の FAX は不要です。

名簿をお持ちいただかない場合はお手帳を窓口にご提示ください。