

(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

奈良県福祉医療部障害福祉課長 印