

(様式5)

県有施設減免利用登録団体 登録証 (再発行)

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						

(再発行)

年 月 日

奈良県福祉医療部障害福祉課長 印