

団体名簿(手帳所有者免除申込用)

団体免除申し込みにつき、名簿を提出いたします。下記の内容に相違ありません。

団体名	代表者	印
住所 〒		
連絡先 TEL	-	

No	氏名	身体障害者手帳・療育手帳	No	氏名	身体障害者手帳・療育手帳
例	小田原 花男	有 / 付添者	19		有 / 付添者
例	小田原 花子	有 / 付添者	20		有 / 付添者
1		有 / 付添者	21		有 / 付添者
2		有 / 付添者	22		有 / 付添者
3		有 / 付添者	23		有 / 付添者
4		有 / 付添者	24		有 / 付添者
5		有 / 付添者	25		有 / 付添者
6		有 / 付添者	26		有 / 付添者
7		有 / 付添者	27		有 / 付添者
8		有 / 付添者	28		有 / 付添者
9		有 / 付添者	29		有 / 付添者
10		有 / 付添者	30		有 / 付添者
11		有 / 付添者	31		有 / 付添者
12		有 / 付添者	32		有 / 付添者
13		有 / 付添者	33		有 / 付添者
14		有 / 付添者	34		有 / 付添者
15		有 / 付添者	35		有 / 付添者
16		有 / 付添者	36		有 / 付添者
17		有 / 付添者	37		有 / 付添者
18		有 / 付添者	38		有 / 付添者

お届けの内容が事実と異なる場合は、後日正規の入館料をお支払いいただきます。