

知的障害者福祉センター施設利用者カード(団体用)

利用年月日 令和 年 月 日

団体名			住所		
連絡先			施設代表者名		
	氏名	住所	電話番号	年代	
1				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
2				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
3				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
4				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
5				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
6				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
7				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
8				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
9				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
10				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
11				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
12				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
13				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
14				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
15				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
16				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
17				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
18				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
19				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	
20				0～ 10～ 20～ 30～ 40～ 50～ 60～ 70～	

※本カードは1カ月間保管後、こちらで廃棄いたします。