障がい者基幹相談支援センター事業利用登録者名簿

（様式2号）

NO	氏名	生年月日	住所	障がい別	障がいの状況	登録日	解除日	その他
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								