平成３０年度東京都障害者スポーツ協会競技団体支援事業

＜経理担当者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | 　　 |
| 経理担当者名 | 　　 |
| 連絡先 | 郵便番号：住所：  |
| 電話：　 |
| FAX：　 |
| メールアドレス：　 |
| 備考 |  |

※本事業の目的の範囲内でのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。