

運営会員 入会申込書

特定非営利活動法人福井県手をつなぐ育成会 理事長 殿

このたび、特定非営利活動法人福井県手をつなぐ育成会の趣旨ならびに定款・会員規約に賛同し、ここに運営会員として入会を申し込みます。

【入会申込日】 年 月 日

NO _____

ふりがな				性別	生年 月日	S・H 年 月 日
会員氏名				男・女		
ご住所	(〒 -)					
TEL	自宅() 携帯 - -	FAX	() -			
E-mail						

● あなたについて、当てはまる欄に☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 知的障がい児者の保護者・家族	<input type="checkbox"/> 知的障がいのある本人	<input type="checkbox"/> 協力者・支援者・後見人・その他
↓	↓	↓

● 障がいのある本人さんについて教えてください。

所属する団体・組織等をご記入下さい。

あなたと障がいのある本人さんとの関係						
ふりがな				性別	生年 月日	S・H 年 月 日
障がいのある本人さんの氏名				男・女		
療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ 無		その他の手帳			
障がいのある本人さんの所属	(学校名・施設名・会社名など)				在籍年 経過年数	
本人さんが所属するグループ・団体	(〇〇の会、〇〇〇クラブ)					

育成会確認欄	入会受付日： 年 月 日	入金確認日： 年 月 日
--------	---	---