

青年グループ新規申込書

令和 年 月 日

ふりがな			性 別
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生	障害等級	_____種 _____級
障 害 名			
住 所	〒		
電 話 番 号	()	—	
FAX 番 号	()	—	
E-mail			
所 属 団 体 名	例 (作業所、訓練所、デイサービス他)		
所 属 団 体 住 所	〒		
所 属 団 体 電 話 番 号	()	—	
趣味・特技・その他			
紹介者()			

会員番号 _____

申込書にご記入いただき、郵送または FAX にて協会あてにお送りください。
(送付先:神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター6F FAX:078-241-9908)
青年グループ会費は年間 1500 円です。最寄りの郵便局でお振込み願います。
口座番号 : 01160-0-43505 加入者名 : 一般財団法人 兵庫県肢体不自由児者協会

一般財団法人 兵庫県肢体不自由児者協会