

# 入会申込書

一般社団法人 秋田県視覚障害者福祉協会 様

私は貴会の目的に賛同し、貴会に入会致します。

申込年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ふりがな \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 性別 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

身体障害者手帳 無 有 (等級 \_\_\_\_\_ 級 \_\_\_\_\_ 種)

使 用 文 字 墨字 点字

希望する広報媒体 墨字 点字 デイジー メール