

会 長		担 当 者	
--------	--	-------------	--

処理日： 年 月 日

入 会 申 込 書 (正会員用)

社会福祉法人千葉県視覚障害者福祉協会
会 長 古山 日出男 様

私は、社会福祉法人千葉県視覚障害者福祉協会へ正会員として入会したいので下記のとおり、入会申込書を提出いたします。

申込み年月日： 年 月 日

フリガナ 氏 名		印	性 別 ※(男 ・ 女)
生年月日		※ 昭和 ・ 平成 年 月 日	
フリガナ 現 住 所		(〒 —)	
連 絡 先	自宅電話	- -	携帯： - -
	ファックス	-	-
	E-mail	@	
視力区分	※ 晴眼 弱視 全盲 (身体障害者手帳： 級)		
使用文字	※ 点字 ・ 活字 ・ 録音物		
送付方法	※ 総会資料： 点字 ・ 活字 ・ CD(デイジー) ・ テープ ・ メール ※ 千視協だより：テープ ・ CD(デイジー) ・ メール ・ 活字		
三療免許の有無	※ 有り 無し		
取得免許	※ はり師免許 きゅう師免許 あん摩・マッサージ・指圧師免許 その他 ()		

※欄内の該当箇所を○印で囲んでください。

※個人情報の取り扱いについて：原則として本法人の広報紙の発行、その他の情報提供に限り使用し、本人の承諾なくしては第三者への情報提供を行いません。ただし、災害時に限り安否確認等で必要な場合には、諸機関への情報提供を行いますのでご了承ください。

会 長		担 当 者	
--------	--	-------------	--

処理日： 年 月 日

入 会 申 込 書

(賛助会員：個人用)

社会福祉法人千葉県視覚障害者福祉協会
会 長 古山 日出男 様

私は、社会福祉法人千葉県視覚障害者福祉協会へ正会員として入会したいので下記のとおり、入会申込書を提出いたします。

申込み年月日： 年 月 日

フリガナ 氏 名		印	性 別
			※(男 ・ 女)
生年月日		※ 昭和 ・ 平成 年 月 日	
フリガナ 現 住 所		(〒 —)	
連 絡 先	自宅電話	- -	携帯： - -
	ファックス	- -	
	E-mail	@	
視力区分		※ 晴眼 弱視 全盲 (身体障害者手帳： 級)	
使用文字		※ 点字 ・ 活字 ・ 録音物	
送付方法		※ 総会資料： 点字 ・ 活字 ・ CD(デージー) ・ テープ ・ メール ※ 千視協だより：テープ ・ CD(デージー) ・ メール ・ 活字	
三療免許の有無		※ 有り 無し	
取得免許		※ はり師免許 きゅう師免許 あん摩・マッサージ・指圧師免許 その他 ()	

※欄内の該当箇所を○印で囲んでください。

※個人情報の取り扱いについて：原則として本法人の広報紙の発行、その他の情報提供に限り使用し、本人の承諾なくしては第三者への情報提供を行いません。ただし、災害時に限り安否確認等で必要な場合には、諸機関への情報提供を行いますのでご了承ください。

会 長		担 当 者	
--------	--	-------------	--

処理日： 年 月 日

入 会 申 込 書

(賛助会員：団体用)

社会福祉法人千葉県視覚障害者福祉協会
会 長 古山 日出男 様

私は、社会福祉法人千葉県視覚障害者福祉協会へ正会員として入会したいので下記のとおり、入会申込書を提出いたします。

申込み年月日： 年 月 日

フリガナ 団体名			
創立	※ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
フリガナ 所在地	(〒 —)		
連絡 先	電話	- -	携帯： - -
	ファックス	— —	
	E-mail	@	
主な事業 活動内容			

※添付書類 (パンフレット、会社概要など)