

年度

会員No. _____

社会福祉法人全国手話研修センター後援会 入会申込書

(新規・継続)

※の項目は必ずご記入ください

申込日

年 月 日

ふりがな				※	※
氏名 ※				男・女	ろう・健聴
住所 ※	〒 _____				
	ふりがな				
	都・道・府・県		市・郡・区		町・村
	ふりがな				
連絡先	※TEL () FAX ()				
	PCアドレス				
	携帯アドレス				
所属団体 ※	全日ろう連加盟団体・全通研各支部・士協会・手話サークル その他 ()				
会費 ※	1口1,000円 × _____ 口 ¥ _____				

年度 社会福祉法人全国手話研修センター後援会 会費領収書

_____年 月 日

会員名 _____様

金 _____円 (1,000円 × _____口) を会費として領収しました。

受付団体 _____

部署 _____

担当者名 _____ 印

〒616-8372 京都府京都市右京区嵯峨天龍寺広道町3-4
 社会福祉法人全国手話研修センター気付
 社会福祉法人全国手話研修センター後援会
 TEL: 075-872-6850 FAX: 075-873-2647