

四万十市身体障害者連盟 加入申込書

平成 年 月 日

申込者の状況	氏名	性別	生年月日(年齢)
		男性	T・S・H 年 月 日
		女性	() 歳
	住所	〒 - 四万十市	
	TEL		
身障手帳の交付	有 ・ 無 () 種 () 級		
備考			

*当連盟の会費はひとりあたり年間1,000円とする。

同一世帯に2名の会員がいる場合、2名で1,500円とする。

*この会の加入・脱会は自由とし、脱会時に既納の会費の返納はしない。