

四万十市身体障害者連盟 加入申込書

令和 年 月 日

申込者の 状況	フリ 氏	ガナ 名	性別	生 年 月 日 (年 齡)
			男性	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。