**入　会　申　込　書**

ＮＰＯ法人愛知視覚障害者援護促進協議会

理事長　様

＊にはもれなくご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入　会　年　　＊ | 年　　　月　　　日 | | |
| 会　　　員　　＊ | ・正会員　　個人　　団体  ・賛助会員  該当するところを○で囲ってください。 | | |
| フ　リ　ガ　ナ＊ |  | 性　　別 | |
| 名　　　　前　＊ |  | 男 | 女 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | |
| 住　　　　所　＊ | 〒 | | |
| 電　話　番　号＊ |  | | |
| Ｅメールアドレス |  | | |
| 職　　　　業　＊ | 医師・看護師・コメディカル・視覚障害リハ担当  教職員・その他  該当するところを○で囲ってください。 | | |
| 勤　　務　　先＊ |  | | |
| 勤務先住所 |  | | |
| 勤務先電話番号 |  | | |
| 本法人からの案内などの送付先　＊ | 自宅　　・　　勤務先  該当するところを○で囲ってください。 | | |
| 備　　　　考 |  | | |