**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 |  |