

入会申込書

平成 年 月 日

長崎市視覚障害者協会

会長 様

長崎市視覚障害者協会に入会を申し込みます。

〒 _____ 電話 _____

住所 _____

(フリガナ)

氏名 _____ 印 男性 ・ 女性

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身体障害者手帳番号 _____ 県 _____ 市 _____ 号

身体障害者手帳等級 _____ 種 _____ 級

(以下は、該当する番号を○で囲んでください。)

*資料配布の場合、希望する種類

1. 点字 2. 墨字 3. 点字またはテープ 4. 墨字またはテープ

*職業

1. はり きゅう あんま 2. はり きゅう 3. はり 4. きゅう

5. あんま 6. その他(具体的に) _____

7. なし