

2019 年度

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

後援会 会員申込書

| | | | | | |
|-----|------------|------------|--------------------------|---|---|
| 申込日 | 2019 年 | 月 | 日 | | |
| ・新規 | 1. 一般個人(1口 | 3,000 円)X | <input type="checkbox"/> | = | 円 |
| | 2. 特別個人(1口 | 20,000 円)X | <input type="checkbox"/> | = | 円 |
| ・継続 | 3. 一般団体(1口 | 3,000 円)X | <input type="checkbox"/> | = | 円 |
| | 4. 特別団体(1口 | 50,000 円)X | <input type="checkbox"/> | = | 円 |

申込名 フリガナ() ※団体加盟の場合は団体名および代表者名を記入
(ろう ・ 健聴)

住所 〒()-()

TEL/FAX

所属 ※会員状況把握資料作成のため、主に所属される項目を1つ〇で囲んでください。またはご記入ください。
 ・大聴協 (大阪市・北摂・京阪・河内・泉州)
 ・サークル・通研 (大阪市・北摂・京阪・河内・泉州)(サークル名)
 ・ろう学校 (教職員・PTA・〈 学校〉)
 ・施設 (職員・家族 〈施設名 〉)
 ・その他 ()

機関紙[法人だよりおおさか]へお名前を掲載をさせていただきます。

※名前を載せない人はをつけて下さい →

・2020年度会費から自動引き落とし申込への希望 →→ ・希望する ・希望しない

※ご希望いただいた方へは、別途自動引き落とし申込を案内させていただきます。

| | | | | | | | |
|-------------------|----|-----|-----|----|----|----|-----|
| 事務局 処理日 ・担当 | 受付 | 領収書 | 会員証 | 会計 | 入力 | 発送 | 取扱者 |
| | | | | | | | |

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

後援会 会員申込

預り書

様
金 _____,000円

但し、2019年度の会費(口分)
上記正に受け取りました。

年 月 日

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

会長 清田 廣

〒583-0842

大阪府羽曳野市飛鳥11

TEL 072-959-2324

FAX 072-959-2632

事務局 ()

取扱者控

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

後援会 会員申込

(仮)領収書

様
金 _____,000円

但し、2019年度の会費(口分)
上記正に受け取りました。

年 月 日

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

会長 清田 廣

〒583-0842

大阪府羽曳野市飛鳥11

TEL 072-959-2324

FAX 072-959-2632

取扱者 ()

会員申込者控