

会員入会申込書

一般社団法人秋田県視覚障害者福祉協会 様

私は貴会に入会致します。

入会年月令和 年 月 日

氏 名 印

フリガナ		生 年 月 日
氏 名	男 女	昭和 平成 年 月 日
住 所	〒	
電話番号		
メールアドレス		
障害者手帳	手帳番号	号
	障害の程度	級 種
広報などの字版区分	点字版 墨字版 メール版 CD版	