

様式第1号(第2条関係)

公益社団法人鳥取県視覚障害者福祉協会入会申込書

平成 年 月 日

入会申込書

公益社団法人鳥取県視覚障害者福祉協会の設立趣旨及びその目的に賛同し、会員になりたいので申し込みます。  
なお、年会費については、4,000円を引き受けます。

氏名 印

住所

生年月日 年 月 日

電話番号

身障手帳等級 種 級

使用文字 点字 墨字

公益社団法人 鳥取県視覚障害者福祉協会

会長 様