申込日　　年　　月　　日

後援会入会申込書

後援会会費年額　　円

（ふりがな） 氏名			
住所	〒		
TEL		FAX	
所属			

―下記いずれかに〇をしてください―

会員証	要・不要	納入方法	1 .郵便局払込 2 .聴言センター払込 3 .郵便局自動引き落とし
聴言ニュース	要・不要		

※郵便局払込・聴言センター払込の場合、更新の都度お支払いが必要です

入会のきっかけ
1. 聴言センターの案内を見て
2. 講座・行事に参加して
3. 知人の紹介（紹介者名：　　）
4. その他（　　）

※ご記入いただきました個人情報は後援会会費管理以外の目的には使用しません

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会後援会

〒604-8437　京都市中京区西ノ京東中合町２番地

TEL075-841-8336　FAX075-841-8311