

申込日 年 月 日

後援会入会申込書

(新規 ・ 継続)

後援会会費年額

円

ふりがな			
お名前			
ご住所	〒		
<input type="checkbox"/> 登録住所に変更ありません			
TEL		FAX	
所属団体	(一般 ・ 利用者 ・ 利用者家族 ・ 職員)		

—下記いずれかに○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 4 . 給与控除 ※職員のみ
聴言ニュース (年4回発行)	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— ※新規入会の方のみ記入

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 ()

※ 1年間継続されなかった場合は新規扱いといたします

※ご記入いただきました個人情報に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

〒610-0121 京都府城陽市寺田林ノ口11番64

TEL0774-30-9000 FAX0774-55-7708