

大分県自閉症協会入会申込書

平成 年 月 日

*対象児・者・保護者用

本人の名前	ふりがな	生年月日
		年 月 日 (歳)
保護者の名前	ふりがな	ふりがな
	父	母
住所	〒	
連絡先 Tel		
携帯 Tel		
E-mail	PC	携帯
所属・学校	()	保育園・幼稚園
	()	小・中・高等学校
	()	特別支援学校
	()	その他

*対象児・者・保護者以外

名前	ふりがな	生年月日
		年 月 日
住所	〒	
連絡先 Tel	自宅	携帯
	勤務先	FAX
E-mail	PC	携帯
勤務先名		どちらに○を付けて下さい
		正会員 ・ 賛助会員

*ご記入いただきました個人情報は、あくまで会の運営(会からの連絡等)にのみ用います。
それ以外の目的で使用することはありません。

《会員の種類》

- (1)正会員 本協会の目的に賛同して入会した個人会員又は団体
 (2)賛助会員 本協会の事業を賛助するために入会した個人又は団体

《年間会費》

- *正会員 (個人) 6,000円
 *賛助会員 (個人) 3,000円、(団体) 6,000円

(事務局) 〒870-0886 大分市上田町8-3
 TEL:080-6447-1962 FAX:097-545-9701