

一般社団法人日本障害者力又一協会 入会申込書

【一般会員用】 ※賛助会員は下段を使用ください

* 印は入力必須項目

* ふりがな		* 性別	男・女
* 氏名		* 生年月日	年 月 日
* 住所	〒		
* メールアドレス			
* 電話番号			
FAX			
* 障害の状況	<input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 欠損 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他 障害名（障害者手帳記載内容）：		
* 名簿公開	各地パラへの名簿公開	承認・否	/
	協会関連団体への名簿公開	承認・否	

名簿公開の欄に記入無き場合は承認と見なします。

一般社団法人日本障害者力又一協会 入会申込書

【賛助会員用】 ※一般会員は上段を使用ください

* 印は入力必須項目

(個人の場合はご記入ください)

* ふりがな		* 性別	男・女
* 氏名		* 生年月日	年 月 日
* 住所	〒		
* メールアドレス			
* 電話番号			
FAX			
* 申込口数	個人・法人	口数()	金額(円)
* 障害の状況(個人の場合は記入ください)	<input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 欠損 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他 障害名（障害者手帳記載内容）：		

一般社団法人日本障害者力又一協会 事務局使用欄

申込日	
会員番号	
登録	新規・変更

登録チェック

特記事項

--	--