

社会福祉法人埼玉聴覚障害者福祉会後援会加入申込書 2024年度

新規・継続

※ふりがなを忘れずに記入してください。

※ご住所等変更の場合は事務局にご連絡ください。

個人会員	ふりがな		会費区分		会費金額
	氏名		月額会員(1口1,000円以上)		円
			年度会員(1口3,000円以上)		円
団体会員	ふりがな		団体会員(1口10,000円以上)		円
	団体名				
会報送付先 住所・氏名	〒				
連絡先	TEL		FAX		
所 属		埼聴協：	領収書（ 要 ・ 不要 ）		
		サークル：			
		埼通研：	会 報（ 要 ・ 不要 ）		
		その他：			

※会員申込みでいただいた個人情報は、会員情報管理及び会報の発送に使用し、適正に管理致します。