

公益社団法人 群馬県視覚障害者福祉協会

賛助会員申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 群馬県視覚障害者福祉協会
会 長 様

群馬県視覚障害者福祉協会の趣旨・目的に賛同しましたので、賛助会員として入会を申し込みます。

会員種別 いずれかに✓してください。	企業・団体賛助会員 ・ 個人賛助会員
口数/金額	口数_____口 / 金額_____円
企業、団体名 又は個人名	(フリガナ)
代表者名	(フリガナ) (役職) (ご芳名)
担当者名	(フリガナ) (役職) (ご芳名)
住所	〒
連絡先	(電 話) (F A X) (メー ル) @
会員情報の公開	1 本協会ホームページへの掲載 可 ・ 不可 2 本協会ホームページへリンク掲載 可 ・ 不可 ※上記2については、企業及び団体のみご回答ください。 リンクをご希望の場合はアドレスをご記入してください。 http://_____

◎ご入会のお申し込みにつきましては下記いずれかの方法でお願いいたします。

- ・ 本協会の事務所に出向いて申し込む。
- ・ 本賛助会員申込書を利用して、F A Xまたは郵送で申し込む。
- ・ 会員の紹介により申し込む。