

(別紙1)

入会申込書

公益社団法人群馬県視覚障害者福祉協会の設立趣旨に賛同し、貴会へ 正会員・施設会員（いずれかに○をつける）として入会したいので許可してください。

入会後は、定款を順守し、貴会にご迷惑はおかけしません。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

公益社団法人群馬県視覚障害者福祉協会  
会 長 茂木 勤 様

会 員 名 簿

(支部)

氏名	生年月日
住所	電話
障害者手帳番号	種 級 第 号
職業 あん摩師・マッサージ師・指圧師、はり師、きゅう師、 その他（ ）	
摘要	