

入 会 申 込 書

私は、稚内身体障害者福祉協会の趣旨・目的に賛同し、会費を添えて入会を申込致します。

平成 年 月 日

稚内身体障害者福祉協会
会 長 井 澤 勝 義 様

住 所 稚内市 丁目 番 号

氏 名 印

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号 -

障害区分 身 体 ・ 内 部 ・ 視 覚 ・ 聴 覚

障害等級 第 種 級

障 害 名 -----
