

東金市身体障害者福祉会入会申込書

平成 年 月 日

東金市身体障害者福祉会会長 様

次のとおり東金市身体障害者福祉会への入会を申し込みいたします。

申 込 者 氏 名	性 別	生 年 月 日
	男 ・ 女	年 月 日生
住 所		
電 話 番 号		
ファックス番号		
メールアドレス		
手 帳 番 号 交 付 年 月 日	第 号	年 月 日交付
障 害 名		
備 考		