



送り先FAX番号
087-898-4491

*ご記入漏れのないようお願い致します

お申込み年月日 年 月 日

氏名欄にあります新規・継続のどちらかを○で囲んで下さい。※継続の場合は氏名のみで構いません。

氏名	生年月日	年齢	性別	障がいの有無
(ふりがな) 新規 継続	大正 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	有・無
(ふりがな) 新規 継続	大正 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	有・無
(ふりがな) 新規 継続	大正 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	有・無
(ふりがな) 新規 継続	大正 昭和 平成 年 月 日	歳	男・女	有・無

※新規の方のみご記入ください。継続の方で連絡先の変更がある場合はご記入ください。

住所	〒 _____		
連絡先	電話(自宅):	携帯:	
	FAX:	緊急連絡先: 緊急連絡先の氏名()続柄()	
ご紹介者氏名			

会費記入欄	総会までに 申込の場合	大人	3,000円 × 人 = 計	円
		子供(15歳以下)	1,000円 × 人 = 計	円
	同居家族 2人目以降は	家族割引(大人)	2,500円 × 人 = 計	円
		家族割引(子供)	500円 × 人 = 計	円
	総会以降に 申込の場合	大人	ヵ月 × 300円 × 人 = 計	円
		子供(15歳以下)	ヵ月 × 100円 × 人 = 計	円
金額合計				円

※受付記入欄

受付日 会員期間 月～翌年3月末まで

受取額 受取人

事務局
認証

