

会長 安田 和正 殿

入会申込書

申込日 令和 年 月 日

下記の通り、貴会の趣旨に賛同し、入会金1,000円と  
本年度会費9,000円を添えて、入会申し込み致します。

地域団体			
ふりがな 氏名	_____	視覚障害 ・ 晴眼	(性別) 男・女 点字 ・ 墨字
生年月日	・平成・昭和・大正	年	月 日生
自宅住所 □1.郵便物等送付先	〒 _____		
勤務先住所 □2.郵便物等送付先	〒 _____ 勤務先名		
郵便物等送付先として、1.または2.のいずれかを選択してください。			
電 話	自 宅 ( _____ )		勤 務 先 ( _____ )
	携 帯 ( _____ )		
メールアドレス	_____	( <input type="checkbox"/> パソコン ・ <input type="checkbox"/> 携帯)	情 報 発 信 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※1
免許番号	マッサージ 第 _____ 号 交付日 _____ 年 月 日		
	は り 第 _____ 号 交付日 _____ 年 月 日		
	き ゅ う 第 _____ 号 交付日 _____ 年 月 日		
※有資格者免許のコピーを添付して下さい。			
施術者番号			
入会登録日	年	月	日
入金確認欄	支払方法: 振込・現金 年月日:		確認:

※1 チェックがない場合は、希望するとさせていただきます。  
太線枠内は、事務局で記載

会員No.