

バンビの会「染色体障害児・者を支える会」会員入会申込書(家族用)

申込日 平成 年 月 日

「バンビの会」に入会します。()支部

ふりがな

保護者氏名 _____ 会費納入及び郵便物を受け取られる方の氏名を記名ください

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

FAX(有・無) _____

(電話番号と異なる場合のみ記入)

メールアドレス _____

(連絡網等で使用可能ならば記入)

ふりがな

お子様の名前 _____ (男・女)生年月日 年 月 日

お子様の現在の通勤先又は通学先 _____

障害名 _____

年会費は5,000円です。下記郵便振替番号にてご送金お願い致します。

振込番号	01840-1-17397
バンビの会	会長 近藤達郎

問い合わせ先(事務局)

〒852-8104

長崎市茂里町2-41

長崎市障害福祉センター5F団体活動室内

「バンビの会」事務局

☎/FAX 095-844-7805

携帯(副会長川口)

090-6427-0964

banbi-sen8821@ezweb.ne.jp