

年度

会員No. \_\_\_\_\_

**社会福祉法人全国手話研修センター後援会  
入会申込書**

(新規・継続)

申込日 年 月 日

※記載個人情報は当会の事業活動上必要な範囲のみに利用し、目的外利用を行いません

ふりがな		ろう者・聞こえる人 ※必ず〇印をつけてください
氏名		
住所 E-mail	〒 _____	
	ふりがな	
	都道府県	
	メールアドレス:	
連絡先	TEL ( ) FAX ( )	
所属団体	全日ろう連加盟団体・全通研各支部・士協会・手話サークル その他 ( )	
会費	1口1,000円 × _____ 口 ¥ _____	

年度 社会福祉法人全国手話研修センター後援会 会費領収書

\_\_\_\_\_年 月 日

会員名 \_\_\_\_\_様

金 \_\_\_\_\_円 (1,000円 × \_\_\_\_\_口) を会費として領収しました。

受付団体 \_\_\_\_\_

部署 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ 印

〒616-8372  
京都府京都市右京区嵯峨天龍寺広道町3-4  
社会福祉法人全国手話研修センター気付  
社会福祉法人全国手話研修センター後援会  
TEL: 075-873-2646 FAX: 075-873-2647  
E-mail: koenkai@com-sagano.com

\* 事務局でご入金が確認できましたら、会員証をお送りします。