

FAX 番号： 0859-21-1537

鳥取盲ろう者友の会 会長 様

## 会員 入会申込書

申込日 平成 年 月 日

私は、鳥取盲ろう者友の会「会員」の申し込みをします。

※必要事項に○印または記入をお願いします。

ふりがな	
氏 名	
住 所	〒 -
連絡先	自宅 ( ) -
	携帯 - -
F A X	( ) -
E-Mail	

※個人情報 は法令を遵守し、鳥取盲ろう者友の会の活動以外には使用いたしません。

※年会費は下記へお振込みください。その際、会員名の記載もお願いいたします。  
なお、手数料は本人ご負担となりますが、ご容赦下さい。

振 込 先： ゆうちょ銀行 普通預金  
店 名： 五二八（読み：ゴニハチ）  
店 番： 5 2 8  
口座番号： 0 1 7 3 2 9 5  
名 義： 鳥取盲ろう者友の会（トットリモウロウシャトモノカイ）  
年 会 費： 2,000 円