

FAX 番号： 0859-21-1537

鳥取盲ろう者友の会 会長 様

賛助会員 入会申込書

申込日 令和 年 月 日

私は、鳥取盲ろう者友の会「賛助会員」の申し込みをします。

■ 個人

※必要事項に○印または記入をお願いします。

年会費	円	（※2,000円以上いくらでもお受けします）	
ふりがな			
氏名			
住所	〒 -		
連絡先	自宅（ ）	-	
	携帯	-	-
F A X	（ ）	-	
E-Mail			

■ 法人・団体

年会費	円	（※5,000円以上いくらでもお受けします）	
ふりがな			
法人・団体名		連絡責任者名	
住所	〒 -		
連絡先	（ ）	-	
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、賛助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： 528
口座番号： 0173295
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）