

2024 年度

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

後援会 会員申込書

申込日	2024 年	月	日				
・新規	1. 一般個人(1口	3,000 円)X	<input type="checkbox"/> =	円			
	2. 特別個人(1口	20,000 円)X	<input type="checkbox"/> =	円			
・継続	3. 一般団体(1口	3,000 円)X	<input type="checkbox"/> =	円			
	4. 特別団体(1口	50,000 円)X	<input type="checkbox"/> =	円			
申込名	フリガナ()		※団体加盟の場合は団体名および代表者名を記入 (ろう ・ 健聴)				
住所	〒()-()						
TEL/FAX							
所属	※会員状況把握資料作成のため、主に所属される項目を1つ〇で囲んでください。またはご記入ください。						
・大聴協	(大阪市・北摂・京阪・河内・泉州)						
・サークル・通研	(大阪市・北摂・京阪・河内・泉州)(サークル名)						
・ろう学校	(教職員・PTA・〈 学校〉)						
・施設	(職員・家族 〈施設名 〉)						
・その他	()						
機関紙「法人だよりおおさか」へお名前を掲載をさせていただきます。							
※名前を載せない人は <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい → <input type="checkbox"/>							
・2023年度会費から自動引き落とし申込への希望 →→ ・希望する ・希望しない							
※ご希望いただいた方へは、別途自動引き落とし申込を案内させていただきます。							

事務局 処理日 ・担当	受付	領収書	会員証	会計	入力	発送	取扱者

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

後援会 会員申込

預り書

様

金 _____,000円

但し、2022年度の会費(口分)
上記正に受け取りました。

年 月 日

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

会 長 里 井 武

〒583-0842

大阪府羽曳野市飛鳥11

TEL 072-959-2324

FAX 072-959-2632

事務局 ()

取扱者控

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

後援会 会員申込

(仮)領収書

様

金 _____,000円

但し、2022年度の会費(口分)
上記正に受け取りました。

年 月 日

(社福)大阪聴覚障害者福祉会・後援会

会 長 里 井 武

〒583-0842

大阪府羽曳野市飛鳥11

TEL 072-959-2324

FAX 072-959-2632

取扱者 ()

会員申込者控