



団体	一般財団法人 栃木県身体障害者福祉会 賛助会員入会申込書		
申込年月日	平成	年	月 日
ふりがな			
団体名			
性別	男性 ・ 女性		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日
住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
申込口数	団体 ____ 口 × 10,000円 = _____ 円		
会費振込予定日			
各市町身障福祉会ご入会の有無	どちらかに○をつけてください 入会している ・ 入会していない		
通信欄			
申込書 送付先	一般財団法人 栃木県身体障害者福祉会 〒320-8508 宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 (TEL) 028-624-8408 (FAX) 028-624-8418 <small>※個人情報は当連合会において管理させていただきます。第三者へ情報提供をすることはありません。</small>		