



個人	一般財団法人 栃木県身体障害者福祉会 <b>賛助会員入会申込書</b>
申込年月日	平成      年      月      日
ふりがな	
個人名	
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	●各市町身体障害者福祉会員 _____ 口 × 2,400円 = _____ 円 ●福祉会未入会者 _____ 口 × 3,000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	<b>一般財団法人 栃木県身体障害者福祉会</b> 〒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>