

奈良県自閉症協会入会申込書

私は 貴団体の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

平成____年____月____日

正会員

フリガナ	
会員になる方の氏名	
住 所	〒 _____
	TEL _____ FAX _____
	E-mail _____
職 業	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 学校関係者 <input type="checkbox"/> その他の家族 <input type="checkbox"/> 福祉関係者 (具体的に _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

会員が親・家族や自閉症本人の場合は下にも記入ください。

保護者 (父)	氏名 _____	職業 _____
保護者 (母)	氏名 _____	職業 _____
自閉症児者本人	フリガナ _____	性別 男 ・ 女
	氏名 _____	
	通園・通学・入所・勤務先などの所属先名 _____	生年月日 _____
	_____	_____年 ____月 ____日

賛助会員

会員名 または 団 体 名	フリガナ _____
住 所	〒 _____
	TEL&FAX _____ E-mail _____
	勤務先名 _____
勤 務 先	〒 _____ TEL & FAX _____
書類送付先	自宅 ・ 勤務先 ・ その他 (_____)