**MC900307734[1]F.com会員申込書（個人用）**

　　　　この申込書に記入の上、ＦＡＸか郵送にて送付ください

申込日　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　名 |  | 男  女 | | 車いすの有無（ご本人） | |
| あり　　　・　　　　なし | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 食事の形態（ご本人） | |
| 普通食　・　配慮食（ペースト等）  胃ろう・その他（　　　　　　　） | |
| 通所施設等・学校名 |  | | | | 学校の場合学年 |
|  |
| 氏　　　名  ※連絡者の氏名 |  | | | | ご本人との関係 |
|  |
| 住　　　所 | 〒 | | | | |
| 電話番号・ＦＡＸ |  | | ご希望のご連絡方法（ＦＡＸ・メール等） | | |
|  | | |
| メールアドレス | 携帯メールの場合はjimukyoku@kenshikyou.jpからの受信を可能にしてください | | | | |
| やってみたい事業  （やってほしい事業） |  | | | | |
| 協力できる分野  （ボランティア等） |  | | | | |
| その他お子さんのことなど  心配事、相談等 | ※紹介の場合は紹介者の名前もご記入ください | | | | |
| 会　　　費 | ・　**正会員**　　 ５，０００円×（　　　口）  ・　**賛助会員**　　　　　　３，０００円×（　　　口） | | | | | |
| 振　込　先 | **郵便振替番号**　00290-2-116451　**口座名**　ＮＰＯ法人ＦＣかながわ・県肢協 | | | | | |

＜送付先＞

受付番号　　　 年

〒222-0825

横浜市神奈川区反町3-17-2 神奈川県社会福祉センター5F

NPO法人フュージョンコム　かながわ・県肢体不自由児協会

TEL 045-311-8742 FAX 045-324-8985