

年度

手話ハウス 結 友の会 入会申込書

団体 個人 (聞こえない人 ・ 聞こえる人)

申込日 年 月 日

ふりがな	
団体名 お名前	
住所	〒 ー
	都道府県
E-mail	
連絡先	TEL () FAX ()
会費	個人 1 <input type="checkbox"/> 1,000円×_____ <input type="checkbox"/> ￥_____
	団体 1 <input type="checkbox"/> 10,000円×_____ <input type="checkbox"/> ￥_____

手話ハウス 結 友の会 会費領収書

_____年_____月_____日

_____様

_____金 円

年度 (個人・団体) を会費として領収しました

一般社団法人長崎県ろうあ協会
〒852-8114 長崎市橋口町10-22
長崎県聴覚障害者情報センター内
TEL : 095-847-2681 FAX : 095-847-2572