

年度

←必ずご記入ください

## 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 会費領収証

\_\_\_\_\_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