

入会申込書

(No.)

年(令和 年) 月 日

ふりがな			
保護者名	父	母	
ふりがな			
本人名			(男 女)
生年月日	(昭和・平成・令和)	年	月 日 才
住所	〒 区	TEL	FAX
会からの連絡用メールアドレス			
通学先または通所先	学校(特殊級・普通級)・幼稚園・保育園 年		
勤務先等			
兄弟姉妹	才 (男・女)	才 (男・女)	才 (男・女)
会では体育訓練会を行っています。			
参加を希望されますか。			
		詳細を知りたい	必要ない
・リトミック 14時~15時 授産学園(第1日曜日)		希望する	希望しない
・体操 14時~15時30分 下沼部小学校(第2・4日曜E)		希望する	希望しない
高機能グループ(トライアングル・K)に参加を希望されますか			
		詳細を知りたい	必要ない
(高機能自閉症の勉強会、講演会、本人支援など)		希望する	希望しない
会に対するご希望などをお書きください			

◆会費の納入について

*初年度納入額(8,000円)

入会金: 3,000円

年会費: 5,000円

《次年度からは年会費5,000円のみを年度ごとに納入ください》

〈一般社団法人 川崎市自閉症協会〉

〒210-0844 川崎市川崎区渡田新町2-2-20-504

TEL 080-1172-6864(事務局携帯)

FAX 044-280-7392

kawasaki-kusabuenokai@nifty.com

*事務局使用欄

会費納入	
会員メール登録	
会員名簿追加	
日本自閉症協会	