

令和 年 月 日

入会申込書

神奈川県知的障害者施設保護者会連合会

会長 甲山 謙一 様

神奈川県知的障害者施設保護者会連合会の活動の趣旨に賛同し、
貴会賛助会員として加入を申し込みます。加入に当たっては賛助会員
規約を遵守いたします。

加入者名 _____ 印

加入者情報	住 所	〒
	電話番号	
	FAX 番号	
	携帯番号	
	メール アドレス	
利用施設等	所 属	入所 グループホーム 通所 作業所 在宅
	施設名	
	所在地	〒
	保護者会名	
	定 員 数	

※ 所属は該当するものに ○ を付して下さい。