

# アンリミテッド知的障害者支援の会

—— 会 員 新 規 ・ 継 続 申 込 書 ——

ご希望の会員          正会員          賛助会員          法人会員  
(いずれかに○を付けてください)

法人名(又は個人名)

---

代表者名

---

(個人の方は同上とご記入ください)

住 所 〒

---

電 話 番 号

---

F A X 番 号

---

担 当 者 名

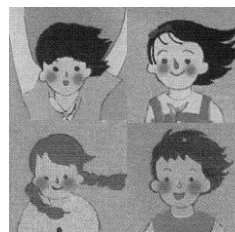
---

担当部署連絡先

---

お 申 込 日          年          月          日

---



NPO法人アンリミテッド知的障害者支援の会

ご記入いただいたお客様のお名前、ご住所、ご連絡先等は、当スタジオからのご連絡のために利用し、そのほかの目的では利用いたしません。