

入会申込書

フリガナ お名前	性	名	
ご住所	〒 長野市		
連絡先	TEL ()		
	メールアドレス		
性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
傷害部位	*該当する部位に○をしてください。 視覚障害・聴覚障害・上肢障害 下肢障害・体幹機能障害・内部障害		
種 級			
その他			