

長野市身体障害者福祉協会入会申込書

令和 年 月 日

	姓	名
フリガナ		
お名前		
ご住所	〒	
電話		
生 年 月 日		年 齡
昭和・平成 年 月 日		才
手帳交付年月日		性 別
昭和・平成・令和 年 月 日		男 ・ 女
障害名	*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