

福岡市自閉症協会 入会申込書

福岡市自閉症協会への入会を申し込みます 西暦 年 月 日

ふりがな 本人氏名				
生年月日	西暦	年	月 日	
年齢	才			
診断名	療育手帳 精神障害者 保険福祉手帳	あり ()・なし		
	診断の時期	年	月 日	
ふりがな 保護者氏名				
住所				
連絡先	TEL ()	—	FAX ()	
	—			
メールアドレス	メールでご連絡を差し上げる場合があります。携帯でもかまいません。PCより返信メールを送りますので、受信許可設定をお願いいたします。 @			
現在通園しているところ	幼稚園・保育園・学園 (年少・年中・年長)			
現在通学しているところ	特別支援学校 部 年生			
	小学校・中学校・高校・大学			
	普通学級・特別支援学級・情緒固定学級 年生 通級 あり・なし (学校)			
現在所属しているところ	通所・入所・勤務先等			
家 族 構 成	続柄	氏 名	年齢	勤務先 (学校など)
*事務局使用欄	月 日 申込書受理 月 日 入金確認 月 日 書類発送			
	月 日 () ブロック連絡 月 日 () グループ連絡			

個人情報保護法に基づき、ご記入いただいた情報は会の活動以外に使用することは一切ありません。