特定非営利活動法人　大阪障害者雇用支援ネットワーク　宛（FAX：06-6949-1256）

入会申込書

貴法人の目的ならびに事業に賛同し、入会を申込みます。

提出日：平成　　年　　月　　日

区　分 （いずれかに○）	個人（正会員・賛助会員）　／　団体・法人（正会員・賛助会員）	
フリガナ 会員名		
代表者名 ※団体・法人のみ	役職	氏名（かな）
担当者名 ※団体・法人のみ	役職	氏名（かな）
連絡先 1 個人＝自宅 法人＝代表者	〒 TEL　　FAX E―Mail	
連絡先 2 個人＝自宅 法人＝担当者	事業所名	
	所　属	
	所在地	〒 TEL　　FAX E―Mail
希望連絡先	個人（自宅・勤務先）　／　団体・法人（代表者・担当者）	
加入口数 （口数を記入）	正会員	入会金：　　口　　年会費：　　口
	賛助会員	入会金：　　なし　　年会費：　　口
備　考		