

平成 年 月 日

神奈川県自閉症協会  
茅ヶ崎地区自閉症児・者親の会  
会員申し込み書

入会者氏名

フリガナ ----- 父 名	フリガナ ----- 母 名
フリガナ ----- 子供名	フリガナ ----- 子供名
生年月日 年 月 日生 ( ) 才 男・女 幼・小・中 高・大 学年	生年月日 年 月 日生 ( ) 才 男・女 幼・小・中 高・大 学年

住 所 〒 - ----- -----	電話 ( )
	FAX
	携帯電話
	メール

現在の相談所・医療機関  
-----  
-----  
-----

[特 性]  
-----  
-----  
-----

[備 考] ご要望などがありましたらお書きください。  
-----  
-----  
-----  
-----

名簿処理		会計処理	
------	--	------	--

事務局記入欄

該当のものに○をしてください

■茅ヶ崎地区の連絡網は 電話 ・ FAX ・ メール を希望する  
■日本自閉症協会からの郵便物は 差出人無記名を 希望する ・ 希望しない