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、入会を申し込みます。

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＝勤務先 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）		
希望案内方法	メール　　／　　郵　送		
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			