

いずれかにチェック

天宝会入会申込書 (□正会員・□賛助会員・□特別賛助会員)
(□登録内容変更)

申込日 年 月 日

フリガナ		祝福双
申込者氏名		
郵便番号		
現住所		
電話番号		
FAX番号	なし・兼用・別番号()	
会報の受取方法	ホームページからダウンロード・宅配を希望(ホームページも利用できます)	

障害のあるお子さんについて

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	

アンケート 該当する項目にチェックを入れてください。

障害に関して	主障害	重複障害	天宝会の活動に関して	希望する順位
① 視覚障害(盲)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① み言の配信	()
② 聴覚障害(ろう)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	② 障害・福祉に関する情報	()
③ 肢体不自由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 障害別の仲間づくり	()
④ 知的障害	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	④ 地域別の仲間づくり	()
⑤ 発達障害	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	⑤ 障害に配慮した子女教育情報	()
⑥ ダウン症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ 祝福に関する情報	()
⑦ 病弱・虚弱	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	⑦ キャンプなどのイベント実施	()
⑧ 精神障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ 学習会・研修会の実施	()
⑨ その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ その他	()

その他、近況、ご意見ご要望など自由にご記入ください。

FAX送信先 : 03-3918-4489