［西暦］　　　　年　　　月　　日

**「北九州市自閉症協会」入会申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな保護者氏名 | ［母］ | ［父］ |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 携帯番号 |  |
| 携帯アドレス |  |
| メールアドレス |  |
| ふりがなご本人氏名 |  | 　　　　男　・　女［西暦］　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 所属/学年 | ［学校等］ | ［学年］　　　　　　　　　　　　　年生 |
| ふりがなご本人氏名 |  | 　　　　男　・　女［西暦］　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 所属/学年 | ［学校等］ | ［学年］　　　　　　　　　　　　　年生 |

※つぎのアンケートにお答えください（該当項目の数字を〇で囲んでください）

１、通信や講演会の案内などの送信方法をお選びください

　　①　E-MAIL（パソコン等）　　　②　スマホ等へメール　　　　　③　郵送

　　※情報量や早さからMAILが最適です。

２、会からの郵送の際、「北九州市自閉症協会」の名称が送り主として記載されるか否かについて

　　①　会名称「北九州市自閉症協会」が記載されていても問題ない

　　②　当事者の目に触れさせたくないので、協会名は省いてほしい

３、その他、当会へのご要望などあればご自由にお書きください

【申込書の送り先】Mail✉: asj.kitaq39@gmail.com

FAX：093-964-1102

〒802-0832　北九州市小倉南区下石田1-17-35