**群馬県自閉症協会入会申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 会員の種類いずれかに○ | １．個人正会員　　入会金　無料　　　　　　　　　 年会費　6,000円２．個人賛助会員　入会金　無料　　　　　　　　　 年会費　3,000円 |
| ３． 団体賛助会員　入会金　無料　　　　　　　　　 年会費　10,000円　 |
| フリガナ会員氏名（ご両親など）団体名 | 父 | 母 |
|  |  |
| 住所 | 〒（　　　　　－　　　　　）　　　　　　　都道府県　　　　　　　　　市郡 |
|  |
|  |
| TEL |  |
| 　　　　　　　FAX |  |
| アドレス |  |
| 自閉症児者との関係 | １．保護者・家族　**４．教育関係者**２．本人（成人）**５．福祉関係者**　　　　**３．医療関係者**　　　　**６．その他（　　）** |
| **3～6の方の勤務先など** |  |

■自閉症児者のお子さん又は本人の情報

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 自閉症児者の氏名 |  |
| 生年月日・性別 | 年　　月　　日（　　　才）　男・女 |
| 所属　学校　勤務先差し支えなかったら | 例・群馬小学校　支援学級　5年　・（社福）ぐんま作業所 |

■自閉症児者のお子さんが上記の他にいる場合

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 自閉症児者の氏名 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日（　　　才）性別に○　男・女 |
| 所属　学校　勤務先差し支えなかったら | 例・群馬小学校　支援学級5年　・ぐんま作業所 |

＜確認事項＞

* 個人情報は厳重に管理しますが、会報等の送付ため住所の個人情報を一般社団法人

日本自閉症協会に伝達します。

* 成人の自閉症者ご本人がご自身の意思で入会する場合は、主治医による診断を受けている方

に限ります。

* 年会費の返還はできません。

私は会の趣旨に賛同し、上記事項を確認し、年会費　　　　　　　円を納入し

群馬県自閉症協会会長に入会を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

■会報などの差出人名は何としますか？

1.群馬県自閉症協会　　　　　　　2.　事務局　甘田恵子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名