

福祉有償運送サービス

入会申込書

NPO 法人福岡市視覚障害者サポートセンター
理事長 平山 秀吉

氏名	印
住所	
電話番号	
メールアドレス	
重要事項の説明	説明場所 : 説明日 : 平成 年 月 日 説明者 :
その他	利用サービス : 受付番号 : 受付日時 : 平成 年 月 日 受付担当者 :

※太枠内はサポートセンターで記入

入会金済	
------	--