彩の国バリアフリー協会　入会申込書

彩の国バリアフリー協会 会長様

申込者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

彩の国バリアフリー協会の趣旨に賛同し、 正 会 員 / 学 生 会 員 として入会したく申し込み致します。

記入日 平成　　年　　月　　日

フリガナ			性別	男・女
氏　名			年齢	才
自宅データ	フリガナ			
	自宅住所	〒　　－		
	自宅 tel			
	自宅 fax			
	自宅 E_mail			
所属先データ	フリガナ			
	所属先名			
	フリガナ			
	所属先住所	〒　　－		
	所属先 tel			
	所属先 fax			
	所属先 E_mail			
備　考		年会費 正会員￥5,000 円 ・ 学生会員￥3,000 円		

＊該当するものに○を付けてください。（資格業務欄は、幾つでも結構です）

お持ちの資格

１．（　　級)建築士　２．木造建築士　３．社会福祉士　４．介護福祉士　５．理学療法士

６．作業療法士　７．言語聴覚士　８．視能訓練士　９．看護師

１０．福祉住環境コーディネーター（　　級）　１１．その他（　　）

業務の種別　(所属先の業務・専攻等)

１．建築設計及び測量･登記　２．建設業　３．行政　４．研究または教育　５・不動産業

６．福祉関係　７．医療関係　８．製造業　９．学生 建築関係　１０．学生 福祉関係

１１．学生 医療関係　１２．学生 他専攻（　　）１２．その他（　　）

名簿に掲載してよいデータは（ 自宅 ・ 所属先 ）です。

郵送物の送付先は----------（ 自宅 ・ 所属先 ）です。

E_mail の送付先は----------（ 自宅 ・ 所属先 ）です。

受　付	平成　　年　　月　　日	FAX・郵送・持参
承　認	平成　　年　　月　　日	会長　　㊞