入　会　申　込　書

会　長	理事会	受付 NO.	
		2	1

日本身体障害者ライフル射撃連盟
会 長　霜　禮 次 郎　殿

当団体は、日本身体障害者ライフル射撃連盟規則及び関連規則を守り、入会を希望します

平成　　年　　月　　日

ふりがな 団　体　名	いずらいふるしゃげきくらぶ		
	伊豆ライフル射撃クラブ		
ふりがな 代表者氏名			
所　在　地			
	電話０　　－　　－	FAX０　　－　　－	
組　　織	役員　　名　（内障害者　　名） 会員　　名　（内障害者　　名）　その他　　名		
代　表　者 住　　所			
	〒　　－	職　業	
	電話０　　－　　－	FAX０　　－　　－	
	生　年　月　日	昭和　平成　　年　　月　　日生	
代　表　者 勤務先又は 自営名所等	名　　称	自営	
	電話　　－　　－	FAX　　－　　－	
連　絡　先 責　任　者	〒　　－		
	氏　名	電話　　－　　－	
	勤務先	FAX　　－　　－	
その他参考事項	会員構成　車椅子の使用　　名 松葉杖の使用　　名 その他　　名		
備 考			

※　現住所は、棟号室、××方まで正確に記入して下さい。
※　勤務先の所属係まで詳しく記入して下さい。