

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人大阪視覚障害ゴルフアーズ協会 殿

私は貴協会の目的に賛同し、会費を添えて入会申込をいたします。

(法人・団体の方は法人名・団体名と役職名もご記入ください) ふり がな 氏 名	生年月日 年 月 日生 年齢 歳・性別 男・女
〒 住 所	
TEL	FAX
携帯	E・mail

(注) 個人情報につきましては、当協会の事業以外に使用いたしません。

会員の種類

(該当する会員の種別に○を付けてお申込み口数、金額をご記入ください)

- 1 正会員 (ブラインド会員) 3,000円
(スポーツ保険料1,850円は別途必要です)
- 2 正会員 (ボランティア会員) 2,000円
- 3 賛助会員 (個人会員) □ × 1,000円 = 円
- 4 賛助会員 (法人・団体会員) □ × 10,000円 = 円

会費の払い方 現金 ・ 別途振込み (☑印を付けてください)

会費の振込先 りそな銀行くずは支店 普通預金 0285552

口座名 特定非営利活動法人大阪視覚障害ゴルフアーズ協会
(省略名 エヌオーबीジー)

あなたのゴルフ歴は 年・または未経験

ブラインド会員の方は、傷害手帳のコピーを添付してください

備考：通信欄 (勤務先、学校、連絡先、その他)
