

〒222-0035 横浜市港北区鳥山町 1752 横浜ラポール 3F 団体交流室 2

横浜障害児を守る連絡協議会（連絡協） 行

連絡協 FAX 送信先： 0 4 5 - 5 4 8 - 4 8 3 6 mail：

renrakukyo@hamashinren.or.jp

郵送・送信月日 令和 年 月 日（ ）

個人会員 入会申込書

私は、令和 年度 月より、横浜障害児を守る連絡協議会

保育・就学部会（未就学）

ご希望の部会に✓を入れてください

学校／青年部会（小学校～高校期）

に、個人会員として入会を希望し、年会費5,000円を納めることを承諾いたします

〒

住 所

氏 名（入会する親の氏名）：

電話番号（携帯可）：

お子さんの氏名・性別・年齢： ふりがなを入れてください 氏 名 男 女
才

お子さんの通園・通学先と学年（年少～年長も） （該当するところに✓を入れてください）

・保育就学部会の方： 在宅・幼稚園・保育園・療育センター・その他（ ）
年少 年中 年長

・小学生の方： 小学校普通級・個別支援級・市立特別支援学校 ・県立養護学校
聖坂養護（小）・国大附属養護（小）・その他（ ）
学年 _____

・中学、高校生の方： 中学校普通級・個別支援級・市立特別支援学校（中 高）・
県立養護学校（中 高）・分教室・聖坂養護（中 高）
国大附属養護（中 高）。高等学校・サポート校・その他（ ）
学年 _____

※保就・学・青 個人会員 年会費¥5,000