

〒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：045-548-4836 mail: renrakukyo@hamashinren.or.jp

郵送・送信月日 月 日 ()

個人会員 入会申込書

私は、平成 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)

学校部会 (小学校期)

ご希望の部会に✓を入れてください

青年部会 (中学・高校期)

に、個人会員として入会を希望し、年会費8,000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

・学校部会の方: 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 _____

・青年部会の方: 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¥8,000