一般社団法人スペシャルニーズアシスト協会　申込書　FAX：092-303-8882

法人名・氏名（個人）	□　法人会員 □　個人会員
法人住所（〒　住所） （個人住所）	□　法人住所 □　個人住所
所属	□　当事者・家族 □　福祉サービス事業所（　　） □　企業 □　地域住民・その他（　　）
代表者（職・氏名） ※法人所属の場合	職・氏名
連絡先（TEL・FAX） □ 個人	TEL・FAX
連絡先（TEL・FAX） □ 法人	TEL・FAX
担当者名 （所属・職名・氏名）	
連絡先	TEL・FAX
メールアドレス	
※紹介者名	所属名・お名前
備考（ご要望など）	□　年 □　月
会員 番号	申込先：一般社団法人スペシャルニーズアシスト協会 〒812-0053　福岡県福岡市箱崎１丁目２６番２７－２０２号 口座：福岡銀行箱崎支店（２９１）　（普通）２６２８７２０ 一般社団法人スペシャルニーズアシスト協会　代表理事　田中　聡