

2019年4月18日

賛助会員様

一般社団法人 全国知的障害者施設家族会連合会
理事長 由岐 透

2019年度全国知的障害者施設家族会連合会（全施連） 新年度体制についてのお願い

陽春の候、各都道府県連合会には、年度代わりの様々な行事でお忙しくされている事と存じます。

また、平素より全国知的障害者施設家族会連合会に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当連合会の新年度のスタートにあたりまして、下記の要綱についてご協力をお願いいたします。ご多忙のこととは存じますが、よろしくお願い申し上げます。

記

1 賛助会員氏名等のご報告について

- ・ 別紙用紙にご記入の上、郵便・FAXまたはメールでお知らせください。
(連絡事項や「たより」等の送付に必要ですので、番地まで詳しくお書きください)
- ・ 締切 5月24日(金) (いつでもご加入いただけます)

2 会費納入について

- ・ 会費は施設家族会員 1口 3,000円
- ・ 個人会員 1口 2,000円
同封の振込用紙にてお振込みください。
- ・ 振込先 郵便振込み 00900-0-280366 (社) 全国知的障害者施設家族会連合会
- ・ 振り込み手数料は、各自ご負担ください
- ・ 締切 8月30日(金)

3 その他

- ・ ご質問等がありましたら事務局までご連絡ください。

連絡先

全国知的障害者施設家族会連合会

〒650-0016 神戸市中央区橋通3-4-1 神戸市立総合福祉センター2F

神戸市知的障害者施設家族会連合会内

電話 078(371)3930 FAX078(371)3931

mail : h-kazoku-net@alpha.ocn.ne.jp

URL : <http://www5.ocn.ne.jp/~zensiren/> 事務局(月～金 9:00～17:00)

2019年度 全国知的障害者施設家族会連合会（全施連） 名簿

都道府県連名			
住所	〒		
電話		FAX	
e-mail (フリガナ)		ホームページ	
事務担当者名			

※都道府県連の正式名称をご記入ください。

施設数	箇所	会員数	人
-----	----	-----	---

※加入施設数は会費の積算基準となりますので正確にお書きください。

理事名			
住所	〒		
電話		FAX	
e-mail (フリガナ)		携帯電話	

代議員名			
住所	〒		
電話		FAX	
e-mail (フリガナ)			

代議員名			
住所	〒		
電話		FAX	
e-mail (フリガナ)			

※昨年と同じ場合はお名前のみご記入ください

2019年度 全施連 名簿 ()都道府県連 その2

☆緊急時連絡用携帯メールアドレス

氏 名	携帯メールアドレス(フリガナ)

※昨年と同じ場合はお名前のみご記入ください

☆メーリングリスト新参加者メールアドレス

氏 名	e-mailアドレス(フリガナ)

※漢字は楷書で、アルファベットは大文字・小文字がはっきり分かるようにお書きください

※アルファベット・数字にはフリガナをお付けください