

申請書郵送先：〒952-1292 新潟県佐渡市千種 232 番地 佐渡市市民福祉部社会福祉課障がい福祉係 行
F A X 送信先：0259 - 63 - 5121

『障がい者授産品応援サポーター』登録申込書

年 月 日

個人でお申し込みの方

住 所			
フリガナ 氏 名 (個人)		性 別	生 年 月 日
			明・大・昭・平 年 月 日
職 業	会社員・公務員・自営業 その他()	e-mail	
電 話		F A X	

法人でお申し込みの方

住 所			
フリガナ 社 名 (法人)			
担 当 者		e-mail	
電 話		F A X	