

受付をした団体は、必ず受付日印を押してください。受付日印のない申込書は無効です。

(受付団体名)※必須

(受付日印)※必須

〒780-0870
高知県高知市本町4丁目1番37号
公益財団法人 高知県身体障害者連合会
088-872-9497 FAX088-872-7590

紛失再発行用

ジパング倶楽部特別会員申込書

※ 太枠内のことがらをご記入ください。

なお、会員番号、有効期限はお手持ちの会員手帳を見てご記入ください。

| | | | | | | | |
|--------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 会員番号 | A | | | | | | |
| 有効期限 | 平成 年 月末 | | | | | | |
| 手帳利用回数 | ※紛失された手帳のご利用回数… _____ 回使用 | | | | | | |

※記載内容の変更… 変更あり ・ 変更なし (いずれかに○)

| | |
|-------|--|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 住所 | 〒 □□□-□□□□ |
| 電話番号 | 市外局番 () — |
| 障害種別等 | 肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 内部 ・ その他 旅客鉄道株式会社運賃減額… 第1種 ・ 第2種 |