

# 入 会 申 込 書

平成 年 月 日

東京都椅子張り技能士会 殿

ふりがな		
氏 名		生れ年(西暦) 年
自宅住所	〒	
電話番号		
FAX 番号		
Eメールアドレス		
勤務先		
勤務先住所	〒	
勤務先電話番号		
備 考		

上記の通り申し込いたします。

私は、貴技能士会の趣旨・目的に賛同し、入会の申込を致します。

また入会金 1,000 円を、会費請求時に支払います。

なお、入会にあたっては、貴技能士会の会則を遵守いたします。

送付先 〒105-0004 東京都港区新橋 5-35-6  
東京都椅子張り技能士会 宛  
TEL/FAX 03-3431-2717