

支援会員入会申込書

氏名		年齢	歳
住所	〒 ー		
	電話番号		
援助できる曜日及び時間帯（可能な時間帯に○をして下さい）			
月	火	水	木
金	土	日	
7～10	7～10	7～10	7～10
10～14	10～14	10～14	10～14
14～18	14～18	14～18	14～18
18～20	18～20	18～20	18～20
いつでも要望に応じて対応できる			
車の免許	有 無		
健康状態			
上記のとおり、支援会員として入会を申し込みます			
八頭町長様 年 月 日			
氏名			