自閉症ｅサービス事務局宛て
FAX 番号 0743－77－6868

●●●●●●●●● 年間パスのお申し込みとお支払い方法 ●●●●●●●●●

- 下記指定口座にお振り込みをお願いします。
  （個人＝13,000 円、3 人＝33,000 円、団体＝55,000 円）
- 下記の「年間パス申し込みフォーム」必要事項をご記入の上、郵送または FAX でお送り下さい。
- HP からもお申込みいただけます。
- 振込確認後、ご登録住所に年間パスを発送させていただきます。
- 途中解約の場合でも返金は致しかねますので、ご了承ください。
- この用紙は、個人情報保護法にのっとり、目的外には使用いたしません。

【指定口座】 銀行名　：ジャパンネット銀行　　支店名：すずめ支店（００２）
口座番号：普通　１０９４０４１　　名 義　：ジヘイショウイーサービスアットナラ

自閉症ｅサービス@奈良　年間パス申し込みフォーム（2019 年度）

□2019年度@奈良 個人パス希望	□2019年度@奈良 3人パス希望	□2019年度@奈良 団体パス希望
氏名（フリガナ）：	グループ名（フリガナ）： ※3名の任意のグループ	団体名（フリガナ）： ※10名までの法人／事業所の団体

通知先住所　□自宅　□職場　□その他〔　　〕
〒

[職場の場合は、職場名をお書き下さい。職場名：　　]
TEL:　　FAX：
e-mail：　　（□携帯□パソコン）

【3人パス･団体の登録者名 】 **右記に、ご登録される方のお名前を記入してください。** **①には代表者様名をお願いします。受付完了通知等は、代表者様宛て にお送りします。** **＊3人パス： 3名まで** **→申し込み者の（所属先）もご記入ください。** **＊団体パス：～ 10 名まで**	**①代表者**（フリガナ）	②（フリガナ）
	（所属先）	（所属先）
	③（フリガナ）	④（フリガナ）
	（所属先）	
	⑤（フリガナ）	⑥（フリガナ）
	⑦（フリガナ）	⑧（フリガナ）
	⑨（フリガナ）	⑩（フリガナ）

通信欄　　＜今後、通知先に、自閉症ｅサービス@奈良からの各種案内を希望します。　□はい･□いいえ＞

※　自閉症ｅサービス@奈良の事務局所在地および連絡先は、次のとおりです。スタッフは常駐しておりません。
ご不明な点は、Fax または E-mail にてお問い合わせください。

自閉症ｅサービス@奈良　事務局
〒630-0222　奈良県生駒市壱分町 356-2　社会福祉法人いこま福祉会　かざぐるま　内
Fax：0743-77-6868　　E-mail：esnara.info@gmail.com
ホームページ：https://esnara.jimdo.com/