

# CHAX障がい者アスリートチーム後援会 入会申込書 (個人会員用)

個人会員 年会費：3,000円

氏名				印
住所	〒			
TEL		E-mail		
FAX				

ご記入の上、事務局までFAX若しくはメールにてお送り下さいませ。

**【お問い合わせ先】**

CHAX障がい者アスリートチーム後援会 (事務局)

医療法人 養和会 CHAX 担当：石丸 知

〒683-0841 米子市上後藤3-5-1

TEL：0859-29-5351 FAX：0859-29-7179

E-mail：ishimaru\_t@yowakai.com

請 求 書  
金 3,000円

CHAX障がい者アスリートチーム後援会年会費

上記金額を、下記のいずれかの口座へお振り込み下さい。なお、振り込み手数料はご負担願います。

**【振り込み先】**

銀行名	支店名	預金種目	口座番号
山陰合同銀行	米子西支店	普通預金	3760852
鳥取銀行	米子営業部	普通預金	436027
米子信用金庫	西支店	普通預金	0261269

口座名義： CHAX障がい者アスリートチーム後援会 会長 上田

