

# CHAX障がい者アスリートチーム後援会 入会申込書 (法人会員用)

法人会員 年会費：10,000円

企業名		役職		氏名	印
住所	〒				
TEL		E-mail			
FAX					
応援Tシャツやホームページなどに企業名を掲出してもよろしいでしょうか。					
企業名の使用可			企業名の使用不可		

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 10,000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 博久

