

**特定非営利活動法人（NPO 法人）神戸ろうあ協会後援会
ご入会・ご継続のお願い**

神戸ろうあ協会は差別と偏見の時代を乗り越え、福祉、文化の向上と聴覚障害者の社会参加をめざして90年を経てきました。その間、終始一貫してあったのは「一人ぼっちのろうあ者をなくそう」ということでした。阪神淡路大震災を契機に各区に手話通訳者が配置され、以降、派遣センター等の事業を起こし、社会の一翼を担えるようになりました。平成21年4月に法人格を取り、神戸ろうあ協会の社会的役割はますます大きくなろうとしています。各分野にわたる健全な発展と、神戸ろうあ協会の会員拡大に向けた啓発と神戸における福祉事業への支援、ろうあ協会会員への生きがい支援等、側面から支える団体として後援会の目的と意味があります。

後援会々員の条件は、**本会の目的に賛同する方**としています。

上記の趣旨をお汲み取り頂き、ぜひ後援会へのご入会をお願い申し上げます。



《年会費》

個人会員 1口 2,000円

団体会員 1口 5,000円

※また、お知り合いの方にも入会を呼びかけていただければ幸いです。

《申し込み・問い合わせ先》

〒650-0016 神戸市中央区橘通 3-4-1 神戸市立総合福祉センター 2階

特定非営利活動法人神戸ろうあ協会内 後援会事務局

《連絡先 会長 山原宅》 FAX 078-733-6871 / TEL 078-733-8761

(郵便振替) 00910-8-304839

後援会（入会・継続）会費 領収書		No. _____
_____ 様	年 月 日	
￥. _____ （個人・団体 口）		
ただし、 _____ 年度 特定非営利活動法人神戸ろうあ協会 後援会会費として		
特定非営利活動法人神戸ろうあ協会後援会		担当 印
特定非営利活動法人神戸ろうあ協会後援会会長		NO. _____
_____ 年度 後援会（入会・継続）申込書		
・本会の趣旨に賛同致します（個人・団体 口）		
年 月 日		
氏名(団体名)		所属(代表)
生年月日	T・S・H 年 月 日生	男・女 聴障・健聴
住所	〒 _____	
連絡先	FAX No. _____	TEL No. _____
E-mail (PC or 携帯電話)		
所属団体		* 市内サークルの方は必ず記入!!

※ 継続の方は、氏名以下の記入は不要です