年　　月　　日

医療的ケア児者を応援する市区町村長ネットワーク

発起人代表　都竹　淳也殿

**入会申込書**

私は、医療的ケア児者を応援する市区町村長ネットワークの趣旨に

賛同し、本会の会員となることを申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職名：

氏名（署名または記名押印）

ご紹介者名欄（任意）

役職名　　　　　　　　　　　　　氏名

連絡担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 自治体名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 直通電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 送付先住所 |  |