

入 会 申 込 書

「コスモ」の趣旨に賛同し、活動に参加協力いたします。

年 月 日

① 会員氏名(フリガナ)	()		
② 住 所	(〒 -)		
③ TEL/FAX /E-mail	TEL: FAX:	E-mail:	
④ 入会区分	<input type="checkbox"/> 新入会 <input type="checkbox"/> 再入会		
⑤ 会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員		
⑥ 地域グループ(必須)	<input type="checkbox"/> 千葉市・近隣 <input type="checkbox"/> 佐倉 <input type="checkbox"/> 船橋 <input type="checkbox"/> 市川・浦安		
⑦ 年齢別グループ(任意)	<input type="checkbox"/> 小学生グループ <input type="checkbox"/> 中学生グループ <input type="checkbox"/> YPC <input type="checkbox"/> カレアクラブ		
⑧ 対象児・者の年齢・所属	()歳 幼・小・中・高・専門・大・就労・その他		
⑨ 対象児・者の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	⑩ コスモ役員経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

⑪【資料】-正会員用- 対象児・者の現況についてチェック・記入をお願いします。個人名が出ることはありませんので、どうかご協力ください。

未就学児 _____歳	<input type="checkbox"/> 通園 <input type="checkbox"/> 未通園
-------------	---

小学生 _____年	<input type="checkbox"/> 通常の学級	<input type="checkbox"/> 通級利用 有 <input type="checkbox"/> 通級利用 無
	<input type="checkbox"/> 特別支援学級	
	<input type="checkbox"/> 特別支援学校	
	<input type="checkbox"/> その他	

中学生 _____年	<input type="checkbox"/> 通常の学級	<input type="checkbox"/> 通級利用 有 <input type="checkbox"/> 通級利用 無
	<input type="checkbox"/> 特別支援学級	
	<input type="checkbox"/> 特別支援学校	
	<input type="checkbox"/> フリースクール等	
	<input type="checkbox"/> その他	

高校相当	<input type="checkbox"/> 高等学校 _____年*	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制	<input type="checkbox"/> 普通科 (商業・工業・農業等) <input type="checkbox"/> 総合学科	<input type="checkbox"/> 単位制 <input type="checkbox"/> 単位制 以外
	*通級利用ある場合、チェックしてください⇒ <input type="checkbox"/>				
右に続く☆	<input type="checkbox"/> 高等特別支援学校・特別支援学校高等部 _____年	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制		
	<input type="checkbox"/> 高等専修学校 _____年	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制		

☆ 高校相当	<input type="checkbox"/> 専門学校 _____年	<input type="checkbox"/> 国公立 <input type="checkbox"/> 私立	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制
	<input type="checkbox"/> 高等専門学校(1~3年) _____年	<input type="checkbox"/> 国公立 <input type="checkbox"/> 私立	
	<input type="checkbox"/> フリースクール _____年		
	<input type="checkbox"/> 就労		
	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他		

高卒後相当	<input type="checkbox"/> 大学 _____年	
	<input type="checkbox"/> 短大 _____年	
	<input type="checkbox"/> 高等専門学校(4年~) _____年	
	<input type="checkbox"/> 特別支援学校専攻科	
	<input type="checkbox"/> 専門学校 _____年	
	<input type="checkbox"/> 就労 (雇用保険加入)	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害枠
	<input type="checkbox"/> パート (雇用保険未加入)	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害枠
	<input type="checkbox"/> 職業訓練校・委託訓練	
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター		
<input type="checkbox"/> その他(自由業者・内職等)		
<input type="checkbox"/> 無職(失業中・主婦等)		

【注意点】

- ◆会員氏名には親の名前を記入してください。
- ◆諸事情により住所地以外の地域グループに所属する方は、必ず住所地の地域グループと両方に所属して下さい。
- ◆申込書及び会費受領後、会員と認めます。
- ◆年度初めに、名簿が送付されます。(但し年度途中で入会された方には送付されません)

振込先： 加入者名 千葉発達障害児・者親の会「コスモ」
郵便振替口座 00150-1-723128

年会費： 正会員 6,000円 (全国親の会会費1,000円含)
3,000円 (10月以降入会の場合)