

公益社団法人静岡県聴覚障害者協会 入会申込書（個人用）

公益社団法人静岡県聴覚障害者協会 様

記入日 年 月 日

当てはまる箇所に○印をつけてください。

| | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| 新規加入 <small>初めて入会</small> | 継続加入 <small>昨年度に続いて入会</small> | 再加入 <small>退会後再び入会</small> | <small>最後に会費を 納入した年度 (年度)</small> |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|

| | | |
|------|--|---|
| 会費区分 | <input type="checkbox"/> 単 独 | <input type="checkbox"/> 夫 婦 |
| | <input type="checkbox"/> 老人単独 (65歳以上) | <input type="checkbox"/> 老人夫婦 (夫婦共 65歳以上) |
| | <input type="checkbox"/> 学 生 (高校生以上) ※学校名を以下へご記入ください | |
| | <input type="checkbox"/> 賛 助 (年間一口 3,000 円、一口以上) | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------|
| ふりがな | | 男・女 | 聴覚障害 ・あり (級) ・なし |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生まれ (歳) | | |
| 自宅住所 <small>(機関紙等の送付先)</small> | 〒 住所 住所変更 (あり・なし) TEL () FAX () メールアドレス | | |
| 勤務先・学校名 | 社名・学校名 : 住所 〒 TEL () FAX () メールアドレス | | 所属部署 |
| | | | 役職名 |
| 最終学歴 <small>(最後に卒業した学校名)</small> | | 主要職歴 <small>(主な過去の勤務先)</small> | |
| 配偶者氏名 | | | |
| 個人情報公開 | 機関紙等での公表 (氏名、勤務先) <small>(聴障しずおかに記事として掲載されることへの同意)</small> | | 同意・不同意 |
| | 勤務先からの問合せ (氏名、会員種別、入会日) | | 同意・不同意 |
| 日本聴力障害新聞を申し込みますか? (毎月 1 回発行、年間 3,900 円) | | | はい・いいえ・購読中 |

入会の上は、貴法人の定款及び諸規定を遵守し、社員総会および理事会の決定に従います。
 ※災害発生時の安否確認のため等、行政や警察、東海聴覚障害者連盟等関係機関へ情報提供をする場合があります。

| | | | | |
|----------|-----|-----|---------|--|
| 確認印及び受付日 | 協 会 | 静聴協 | ※事務局使用欄 | |
| | 月 日 | 月 日 | | |
| | | | | |

公益社団法人静岡県聴覚障害者協会 入会申込書 (個人用)

公益社団法人静岡県聴覚障害者協会 様

記入日 2018年 4月 1日

当てはまる箇所に○印をつけてください。

| | | | | |
|---------------|----------------------------------|-------------------|----------------|---------------------------|
| 新規加入 初めて入会 | <input checked="" type="radio"/> | 継続加入 昨年度に続いて入会 | 再加入 退会後再び入会 | 最後に会費を 納入した年度 (年度) |
|---------------|----------------------------------|-------------------|----------------|---------------------------|

| | | | |
|------|----------------------------------|-----------------------------|------------------|
| 会費区分 | <input checked="" type="radio"/> | 単 独 | 夫 婦 |
| | | 老人単独 (65歳以上) | 老人夫婦 (夫婦共 65歳以上) |
| | | 学 生 (高校生以上) ※学校名を以下へご記入ください | |
| | <input type="checkbox"/> | 賛 助 (年間一口 3,000 円、一口以上) | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| ふりがな | しずおか たろう | | <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女 | 聴覚障害 |
| 氏 名 | 静岡 太郎 | | | ・ <input checked="" type="radio"/> あり (2 級) |
| 生年月日 | 年 月 日生まれ (歳) | | | ・なし |
| 自宅住所 (機関紙等の送付先) | 〒 420-0000 住所 静岡市葵区徳川町 5-8 TEL 054 (221) 1111 FAX 054 (221) 1112 メールアドレス | | | 住所変更 (あり・ <input checked="" type="radio"/> なし) |
| 勤務先・学校名 | 社名・学校名: 日本平工業 住所 〒420-0000 TEL054 (333) 4444 FAX054 (333) 4445 メールアドレス nihondaira-c@ab.jp | | | 所属部署 |
| | | | | 役職名 |
| 最終学歴 (最後に卒業した学校名) | 駿河ろう学校 | | 主要職歴 (主な過去の勤務先) | |
| 配偶者氏名 | 静岡花子 | | | |
| 個人情報の公開 | 機関紙等での公表 (氏名、勤務先) (聴障しずおかに記事として掲載されることへの同意) | | | <input checked="" type="radio"/> 同意・不同意 |
| | 勤務先からの問合せ (氏名、会員種別、入会日) | | | <input checked="" type="radio"/> 同意・不同意 |
| 日本聴力障害新聞を申し込みますか? (毎月 1 回発行、年間 3,900 円) | | | | はい・いいえ・ <input checked="" type="radio"/> 購読中 |

入会の上は、貴法人の定款及び諸規定を遵守し、社員総会および理事会の決定に従います。

※災害発生時の安否確認のため等、行政や警察、東海聴覚障害者連盟等関係機関へ情報提供をする場合があります。

| | | | | |
|------------------|-----|-----|---------|--|
| 確認印 及び受 付日 | 協 会 | 静岡協 | ※事務局使用欄 | |
| | 月 日 | 月 日 | | |
| | | | | |