

# 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。

<b>新規加入</b> 初めて入会	<b>継続加入</b> 昨年度に続いて入会	<b>再加入</b> 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 type="checkbox"/>	正会員・単独	<input type="checkbox"/>	正会員・夫婦
	<input type="checkbox"/>	正会員・老人単独 (65歳以上)	<input type="checkbox"/>	正会員・老人夫婦 (夫婦共65歳以上)
	<input type="checkbox"/>	正会員・学生 (高校生以上) ※学校名を以下へご記入ください	<input type="checkbox"/>	正会員・U-19 (15~19歳)
	<input type="checkbox"/>	賛助会員 (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 (機関紙等の送付先)	〒 住所 TEL ( ) FAX ( ) メールアドレス			住所変更 (あり・なし)
勤務先・学校名	勤務先・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 (最後に卒業した学校名)		主要職歴 (主な過去の勤務先)		
配偶者氏名				
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)			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4,300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		