

公益社団法人静岡県聴覚障害者協会 入会申込書（団体用）

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

会費 区分	団体正会員 (一口 10,000 円、一口以上)	<input type="checkbox"/>	団体賛助会員 (一口 3,000 円、一口以上)	<input type="checkbox"/>

ふりがな			
団体（法人）名	印		
所在地 <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		
代表者氏名	印	役職名	
事務連絡先	担当者名		所属部署
	TEL	() FAX ()	役職名
	メールアドレス		

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	静聴協	※事務局使用欄	
	月 日		