

新 規 令和 6 年度 一般社団法人愛知県聴覚障害者協会 会員届《本部控》

令和 年 月 日

地 域 協会名										
(ふりがな) 住所	〒 —									
	FAX 番号 ()					メールアドレス :				
(ふりがな) 氏名	(男・女)				会員番号※					
生年月日	明治・大正・昭和・平成				年	月	日			
(ふりがな) 氏名	(男・女)				会員番号※					
生年月日	明治・大正・昭和・平成				年	月	日			
会員種類	個人 ・ 夫婦 ・ 高齢 ・ 学生 (15000円) (24000円) (9000円) (8000円)						日聴紙購読		有 ・ 無	
災害時に個人情報を提供				→○か×を付けてください。						

上記のとおり会費を添えて申し込みます。

(※印事務局が記入)

地域協会名	
会 長 名	

※事務処理欄 (記入しないで下さい)	
受理日	備考

新 規 令和 6 年度 一般社団法人愛知県聴覚障害者協会 会員届《地域控》

令和 年 月 日

(ふりがな) 住所	〒					
(ふりがな) 氏名	(男・女)		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
(ふりがな) 氏名	(男・女)		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
FAX 番号	() —					
会員種類	個人 ・ 夫婦 ・ 高齢 ・ 学生 (15000円) (24000円) (9000円) (8000円)				日聴紙購読	有 ・ 無