

入会申込書

(会員種別の変更の場合もこの用紙に書いて提出ください)

特定非営利活動法人千葉県中途失聴者・難聴者協会 理事長様

※ 家族会員が2名以上の場合は、用紙2枚に続けてください。 届出日: 年 月 日

会員の種別	<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> (正会員の)家族	<input type="checkbox"/> 購読会員	<input type="checkbox"/> 特別購読会員
本人	フリガナ			
	お名前			
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日: 年 月 日	職業:	
	<input type="checkbox"/> 中途失聴	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 健聴	<input type="checkbox"/> 団体
家族会員	フリガナ			
	お名前			
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日: 年 月 日	職業:	
	<input type="checkbox"/> 中途失聴	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 健聴	
住所	[〒 -]			
[FAX番号]		[電話番号]		
パソコンメールアドレス				
keitaiメールアドレス				
通信欄	◆入会のきっかけ、配慮が必要な身体状態などお書きください。			
興味のある活動に ✓を入れてください (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 要約筆記	<input type="checkbox"/> 補聴器・人工内耳	<input type="checkbox"/> 手話	
	<input type="checkbox"/> 福祉制度	<input type="checkbox"/> 難聴女性問題	<input type="checkbox"/> 読話	
	<input type="checkbox"/> 機関紙編集	<input type="checkbox"/> イベントの企画	<input type="checkbox"/> 絵画	
	<input type="checkbox"/> ホームページの制作	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援		

※ ご記入いただきました個人情報については、協会外部に提供することはありません。

事務局 チェック	入会時受領:	会員ID:
-------------	--------	-------