

**新規** 令和5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 (15000円) ・ 夫婦 (24000円) ・ 高齢 (9000円) ・ 学生 (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5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 (15000円) ・ 夫婦 (24000円) ・ 高齢 (9000円) ・ 学生 (8000円)					日聴紙購読		有 ・ 無			