

(様式1号)

一般社団法人岩手県聴覚障害者協会 入会申込書

一般社団法人岩手県聴覚障害者協会 様

私は、貴協会定款第3条の目的に賛同し、会費 _____ 円を添えて申込みます。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当てはまる箇所に○をつけてください

新規加入		再加入 退会後再び入会		記載事項 の変更届	
------	--	----------------	--	--------------	--

正 会 員	会 費 区 分	単独会員(会費年間 20,000 円)		※ 正会員は、本協会入会と同時に上部団体の (一財)全日本ろうあ連盟と東北ろうあ連盟 に加入します。
		夫婦会員(会費年間 34,000 円)		
		学生会員(会費年間 10,000 円)		

ふりがな		男 女	障害等級	級
氏名(自分で記入し てください)			生年月日	年 月 日 生れ (歳)
ふりがな			障害等級	級
(夫婦会員の場合) 妻の氏名			生年月日	年 月 日 生れ (歳)
自宅住所 (会報の送付先)	〒 住所 _____ 電話 _____ () _____ FAX _____ () _____			
携帯電話	持っている(ソフトバンク・ドコモ・au・その他) 持っていない			
メールアドレス(携帯・PC)	@ () 緊急連絡を希望する () 緊急連絡は希望しない			
※ 職 業	会社員・自営業・公務員・銀行員・パート・派遣社員・団体職員・主婦・無職 その他()			
個人情報の公開	「会報いわて」での公表(氏名、勤務先等)		同意する・同意しない	
	勤務先や外部からの問い合わせ(氏名、会員種別等)		同意する・同意しない	

※個人の住所等の連絡先は、当協会からの連絡以外には使用しません。

※災害発生時の安否確認のため、行政や警察等関係機関に情報を提供する場合があります。ご了承ください。

※災害時や非常時には情報提供のため直接FAXまたはメールでの連絡をすることがあります。

・希望しない方は「緊急連絡は希望しない」に○を付けてください。

・メールにより緊急連絡を希望する方は、携帯メールアドレスをご記入ください。

※以下には記入しないでください。

受付日 確認印	年 月 日	年 月 日	※事務局使用欄	
	理事会	会長		