

NPO 法人 愛知県難聴・中途失聴者協会
入会申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒		
FAX 番号			
電話番号	(携帯電話 SMS)		
Eメール アドレス	「何でも語ろう会ML」の加入を希望 します・しません		
区 分	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 家族会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 健聴 <input type="checkbox"/> 難聴		
障害等級 等	種	級	交付年： 年
会話手段	<input type="checkbox"/> ①補聴器 <input type="checkbox"/> ②筆談 <input type="checkbox"/> ③手話 <input type="checkbox"/> ④口話・読話 <input type="checkbox"/> ⑤人工内耳 <input type="checkbox"/> ⑥その他()		
所 属	要約筆記サークル・地元難聴者協会・要約筆記者の会 等		
会に対する要望などがあればお書きください			

- 【年会費】 正会員：4,000円 家族会員：3,000円／人
 賛助会員：2,000円(個人) 10,000円(団体)
 ※年度後半の入会者は半額。
 会費の入金をもって、入会とさせていただきます。
 個人情報厳守いたします。本申込書は事務局で保管します。

事務局 npoainantyou@yahoo.co.jp に 送信してください