

入会申込書

鹿児島県聴覚障害者協会

会長 殿

私は、貴協会の趣旨に賛同し、入会金を添えて入会を申し込みします。

平成 年 月 日 氏名 印

現住所	〒 -
連絡先(FAX 番号)	
氏名	ふりがな
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)
勤務先	
職業	
連絡先	
身体障害者手帳	交付日 年 月 日 種 級 交付番号 県・市 第 号 障害名
*緊急連絡先	携帯電話番号 Eメール FAX 番号
備考	入会金 円 年会費 円

緊急連絡先は今後、台風や災害など発生した時のために必要です。

この申込書は県協会活動関係以外の目的で利用することはありません。

会長	副会長	事務局長	会計部長	担当者

申込書記入後、鹿児島県聴覚障害者協会事務局へ FAX して下さい。ご連絡します。

FAX 番号 0 9 9 - 2 2 8 - 6 3 5 7