

申込日 平成 年 月 日

社会福祉法人石川県聴覚障害者協会 理事長 殿

## 社会福祉法人石川県聴覚障害者協会 新規・再入会申込書

私は貴協会の趣旨に賛同し入会金  500円(新規)  1000円(再) を添えて入会を申し込みます。

入会種別 (○を付ける)	1. 新規入会		2. 再入会	
	・ 一般会員 ・ 高齢会員	・ 夫婦会員 ・ ろう学生会員	・ 盲ろう会員	
ふりがな				
氏名	⑩			
生年月日	明大 昭平	年	月	日 ( )歳
			性別	男・女
現住所	〒 石川県			
FAX			TEL	
※緊急連絡先(実家など)を下記にご記入下さい。(任意)				
Eメール (任意)	※携帯電話・スマートフォンのアドレスをお持ちでしたら記入下さい(災害発生等の連絡用)			
障害者手帳等級	第	種	級	(※お持ちの場合は、ご記入下さい)
ふりがな				
勤務先名				
勤務先住所	〒  (TEL) (FAX)			
最終学歴	※学生の方は現在在籍している学校を記入下さい。			

(ご記入いただきました内容は本会の事業以外、一切使用いたしません)

※事務局記入欄

処理日 年 月 日

承認印	理事長	地域協会会長	会計	備考	表彰の記録など		
前回入会年	年	月	日	退会年	年	月	日
退会理由	(1) 死亡 月 日	(2) 県外転出 月 日	(3) 自己都合	(4) その他			