

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 会員登録変更届

ふりがな	
氏 名	
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日

■ 変更事項 ■ ※変更される項目のみ記入してください。

1 : 氏名

ふりがな		
改 姓 後 氏 名	姓	名

2 : FAX番号/電話番号/Eメール

FAX番号	—	—
電話番号	—	—
Eメール (任意)	※携帯電話・スマートフォンのアドレス(災害発生等の連絡用)	
※緊急連絡先(実家など)を下記にご記入下さい。(任意)		

3 : 新住所

住 所	〒 県 ※アパート、マンション名まで必ずご記入ください。
-----	--

※事務局記入欄

処理日 年 月 日

受理日	年 月 日	ろうあ石川	
承認印	理事長	地域協会会長	会 計
		備 考	