

**新規** 令和7年度 一般社団法人愛知県聴覚障害者協会 会員届《本部控》

令和 年 月 日

地域協会名								
(ふりがな) 住所	〒 -							
	FAX番号 ( )				メールアドレス:			
(ふりがな) 氏名	(男・女)	会員番号※						
生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日			
(ふりがな) 氏名	(男・女)	会員番号※						
生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日			
会員種類	個人 (15000円) ・ 夫婦 (24000円) ・ 高齢 (9000円) ・ 学生 (8000円)				日聴紙購読	有・無		
災害時に個人情報を提供		→○か×を付けてください。						

上記のとおり会費を添えて申し込みます。

(※印事務局が記入)

地域協会名	
会長名	

※事務処理欄 (記入しないで下さい)	
受理日	備考

**新規** 令和7年度 一般社団法人愛知県聴覚障害者協会 会員届《地域控》

令和 年 月 日

(ふりがな) 住所	〒						
(ふりがな) 氏名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日				
(ふりがな) 氏名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日				
FAX番号	( ) -						
会員種類	個人 (15000円) ・ 夫婦 (24000円) ・ 高齢 (9000円) ・ 学生 (8000円)				日聴紙購読	有・無	