

会員情報カードを記入した日

記入日 _____年____月____日

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会
会長 水野 義弘 様

いずれか○をつけてください

(新規・退会・変更)

印鑑は不要です

会員情報カード

入退会日	年 月 日		
フリガナ			生 年 月 日
氏 名			年 月 日
現住所	〒 -		
FAX番号		メールアドレス	
電話番号	(※電話リレーサービス登録者のみ)		
身体障害者手帳	県 第 号		
障害等級	級	障害名	
会員の種類	一般・一般配偶・高齢・高齢配偶・学生		
所属	_____支部 県のみ		
発行物の郵送先	現住所と異なる場合は記入ください。 〒 -		
備考			

新規:上記の情報をすべて記入してください。

退会:退会する人の名前のみ記入してください。

差し支えなければ、備考に退会理由を記入してください。

変更:名前と変更があった個所のみ記入してください。

※退会のみ、退会者の自筆が難しい場合は、代理者による記入も可能です。

その場合、備考に【代理記入:〇〇(氏名)】の記入をお願いします。

【支部経由の場合】

_____支部 担当:_____

支部経由で事務局へ提出する場合、支部名と担当者名の記入をお願いします。

※支部長でなくても可

上記の内容を認め、事務手続きを行うものとする。

年 月 日

事務局記入のため、記入不要

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会 事務局 _____

記入日 2022年4月1日

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会
会長 水野 義弘 様

(新規)・退会・変更)

記入例(入会するとき)

会員情報カード

入退会日	2022年 4月 1日		
フリガナ	ギフ アオイ	生年月日	
氏名	岐阜 あおい	1953年 5月 31日	
現住所	〒 500-8384 岐阜市〇〇123-456		
FAX番号	058-XXX-XXXX	メールアドレス	abcdefg@xxxxxxxx
電話番号	050-XXXX-XXXX (※電話リレーサービス登録者のみ)		
身体障害者手帳	岐阜県 第 1234567号		
障害等級	2級	障害名	感音性難聴
会員の種類	一般・一般配偶・ <u>高齢</u> ・高齢配偶・学生		
所属	<u>岐阜</u> 支部 県のみ		
発行物の郵送先	現住所と異なる場合は記入ください。 〒 -		
備考			

【新規の方はお読みください】

下記の事項を遵守する事を誓約します。

- 私は、聴覚障害者(身体障害者手帳を所持する者)で一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会の目的に賛同します。
- 一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会の定款に則り、この法人の名誉を毀損し、またその趣旨に反する行為は一切行いません。

【支部経由の場合】

岐阜支部

担当: 長良 あきら

上記の内容を認め、事務手続きを行うものとする。

年 月 日

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会 事務局

記入日 2022 年 4 月 1 日

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会
会長 水野 義弘 様

(新規・退会・変更)

記入例(退会のとき)

会員情報カード

入退会日	2022 年 4 月 1 日		
フリガナ	ギフ アオイ	生 年 月 日	
氏名	岐阜 あおい	年 月 日	
現住所	〒 -		
FAX番号		FAX番号	
電話番号	(※電話リレーサービス登録者のみ)		
身体障害者手帳	県 第 号		
障害等級	級	障害名	
会員の種類	一般 ・ 一般配偶 ・ 高齢 ・ 高齢配偶 ・ 学生		
所属	_____支部 県のみ		
発行物の郵送先	現住所と異なる場合は記入ください。 〒 -		
備考	代理記入:長良 あきら		

【新規の方はお読みください】

下記の事項を遵守する事を誓約します。

- 私は、聴覚障害者(身体障害者手帳を所持する者)で一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会の目的に賛同します。
- 一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会の定款に則り、この法人の名誉を毀損し、またその趣旨に反する行為は一切行いません。

【支部経由の場合】

_____支部 担当: _____

上記の内容を認め、事務手続きを行うものとする。

年 月 日

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会 事務局 _____

記入日 2022 年 4 月 1 日

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会
会長 水野 義弘 様

(新規・退会・**変更**)

記入例(変更のとき)
※変更のある箇所のみ

会員情報カード

入退会日	年 月 日		
フリガナ	ギフ アオイ	生 年 月 日	
氏名	岐阜 あおい	年 月 日	
現住所	〒 500-8384 岐阜市〇〇123-456		
FAX番号	058-XXX-XXXX	FAX番号	
電話番号	(*電話リレーサービス登録者のみ)		
身体障害者手帳	県 第 号		
障害等級	級	障害名	
会員の種類	一般・一般配偶・高齢・高齢配偶・学生		
所属	_____支部 県のみ		
発行物の郵送先	現住所と異なる場合は記入ください。 〒 -		
備考	変更前氏名:日本 あおい 結婚のため、氏名・住所・会員種類変更		

【新規の方はお読みください】

下記の事項を遵守する事を誓約します。

7. 私は、聴覚障害者(身体障害者手帳を所持する者)で一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会の目的に賛同します。
8. 一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会の定款に則り、この法人の名誉を毀損し、またその趣旨に反する行為は一切行いません。

【支部経由の場合】

_____支部 担当: _____

上記の内容を認め、事務手続きを行うものとする。

年 月 日

一般社団法人岐阜県聴覚障害者協会 事務局 _____