

平成 年 月 日  
新潟県中途失聴・難聴者協会  
(FAX) 025-382-5684

## 入 会 申 込 書

私は入会案内の趣旨に賛同し、入会の申込をします。

(※印の項目は必ずご記入くださいますようお願いいたします。)

※会員区分	1. 正会員	2. 協力会員	3. 賛助会員
※ <sup>ふりがな</sup> 氏名	※(生年月日 年 月 日)男・女		
※住所 〒			
※TEL	Eメール		
※FAX	携帯アドレス		
※聴力状況 (いずれかに○をつけてください)			
1. 中途失聴	2. 難聴	3. 健康	
以下の欄は正会員の方のみ記入してください。			
障害手帳をお持ちの方は記入してください	( 級)		
難聴になった年齢	( 歳)		
現在もっとも困っていることは何ですか。			
この会に望むことなど何でもご自由にお書きください。			