

「聴障・医ネット」賛助会員登録用紙

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ブロック 北海道・東北・関東・北信越・東海・近畿・中国・四国・九州

都道府県 _____

氏 名 _____ (ふりがな _____)

住 所 (〒 _____) _____

TEL _____ FAX _____

E-mailアドレス _____

職業・立場 (該当するものすべてに○)

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1 医療関係者 (職種 _____) | 2 手話通訳者 |
| 3 聴覚障害者 | 4 手話学習者 (サークルや講座受講など) |
| 5 その他 (具体的に _____) | |

以上