

# 「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