

全国聴覚障害教職員協議会 入会申込書

本会の会計年度は、6月1日から翌年の5月31日までです。(会則第18条)

記入事項の該当個所については、当てはまるものを○でお囲み下さい。

申 込 日	(西暦) 年 月 日			
ふりがな			性別(任意)	ろう・難聴者 聴者
氏 名			男 女 その他	
会員区分 →該当するものに○をつけてください。	☐	正 会 員	年会費 3,500 円	全国教育機関に勤務する、聴覚障害を持つ教職員
	☐	賛助会員	年会費 2,500 円	全国教育機関に勤務するきこえる教職員、教職員 OB・OG、ならびに、きこえない子どもを持つ保護者の方々
	☐	学生会員	年会費 1,500 円	本会の趣旨に賛同する学生(大学、短期大学、専門学校)。将来、教員を目指す方
	☐	夫婦会員	年会費 5,000 円	本会の趣旨に賛同される方で、正会員同士または正会員と賛助会員
現 住 所 ※こちらの住所は会報の送付先として使用いたします。	(〒 —)			
連 絡 先	E-mail			
	FAX(任意)			
勤務校名・団体名・ 学校名 または 職業				
ろう学校・聴覚支援学校に勤務されている方は、所属先をご記入ください。	幼稚部 ・ 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 ・ 専攻科 ・ 寄宿舍 ・ その他			
勤続年数	_____ 年(うち、ろう学校・聴覚支援学校での勤務年数: _____ 年)			
備 考				

※記入いただいた個人情報については、当事務局で厳重に管理するものとし、当会活動以外に使用することは一切しません。

全国聴覚障害教職員協議会事務局

E-mail : info@zencyokyo.moo.jp

FAX : 03-3889-0365