

中華民國社區重聽福利協會

會員入會申請表

會員證號碼：		繳交費用(單位:新台幣)	一寸照片二張
入會日期：		<input type="checkbox"/> 入會費 200 元	
發證日期：		<input type="checkbox"/> 常年會費 300 元	
繳交證件： <input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本			

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
-----	---

出生年月日：民國 <input type="checkbox"/> 前 年 月 日	身分證字號：
--	--------

戶籍地址：	縣(市)	鄉鎮(市)區	村(里)	鄰	街路
※請照身分證抄填	段	巷	弄	號	樓
			之	之	

通訊地址：	縣(市)	鄉鎮(市)區	村(里)	鄰	街路
<input type="checkbox"/> 同上	段	巷	弄	號	樓
			之	之	

聯絡方式：住家 -	傳真 -
辦公室 -	行動 -
E-mail -	

學歷：	經歷：	現職：
-----	-----	-----

障別： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
--

推薦人：	申請人：	(簽章)
審查人員：	(簽章)	
中華民國	年	月 日