

〈申込用紙〉

(フリガナ)			
氏名			
生年月日 年齢	西暦	年	月 日 歳
		性別	男・女
住所	〒 -		
FAX 番号	()	電話番号	()
所属協会 (○印)	大阪聴力障害者協会・兵庫県聴覚障害者協会・京都聴覚障害者協会・その他()・非会員		
希望日	<p>希望日の口にチェックをしてください。(どちらかひとつ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1/6 (月)</p> <p><input type="checkbox"/> 1/15 (水) → 1/15 (水) をご希望の場合に、記入ください。 落選した場合は 1/6 (月) の受診を <input type="checkbox"/> 希望する。 <input type="checkbox"/> 希望しない。</p>		

※申込書の個人情報は聴力障がい者無料健診（人間ドック）の受診に関する事務にのみ
 使用します。