**社團法人嘉義市聲暉協進會**

**會員入會資料表**

**會員基本資料** **（基本＆贊助）會員**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 會員姓名 |  | | 出 生  年月日 | |  | | | | 身分證字 號 | | |  | |
| 性別 |  | | 學 歷 |  | | | | 現 職 | |  |
| 住 址 | 通訊處 |  | | | | | | | | | | | |
| 戶 籍 |  | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | (住家) (上班)  TEL： TEL：  FAX： FAX： | | | | | | | 行動  電話 | |  | | | |

**聽障（者）子女資料**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性別 |  | 出生年月日 |  | |
| 身分證字號 |  | | 障別 |  | 等級 |  |
| 聽力損失 | 右耳 分貝 ＆ 左耳 分貝 | | | | | |
| 就學狀況 | 校名 □ 年 班 （科、系）  □畢 業 | | | | | |
| 現 況  (就學者免填) | □就業：單位名稱 職務 年資  □待業：專長 希望職種  □其他： | | | | | |

填表日期： 年 月 日

1.基本會員：凡設籍本市，贊同本會組織章程之聽障者家長或聽障者，年滿十八歲有行為能力者，

均可申請加入本會，經理事會通過並繳納會費者成為基本會員。

2.贊助會員：凡贊同本會組織章程之熱心聽障教育人士，年滿十八歲有行為能力者，均可申請加入本會，經理事會通過並繳納會費者成為贊助會員。

【入會費：200元 常年費：1,200元】