

110 年度第十屆第三次會員大會

報 名 表

◎請於 110 年 02 月 28 日前填寫報名表以 LINE、傳真或郵寄嘉義縣民雄鄉大崎

村正大路 3 段 2118 號，社團法人嘉義縣聲暉聽障協會收。

聯絡電話：05-2204079 0933359158。傳真：05-2204105 聯絡人：翁香蘭

◎傳真後請再電話確認才算完成報名，以利於準備午餐。

◎有繳年費者免費投保微型保險金額 50 萬，年齡 15 足歲到 75 歲，當天須帶殘障證明、身分證影本。

◎當天 9 點到 11 點專題講座：職場、居家安全知能與防災教育

◎請大家務必準時於 8 點 30 分前報到完成。

報名表

	姓 名	身分證字號	年月日	地 址	電 話	葷	素
會員							
聽障者							
家屬							
家屬							
家屬							
家屬							