



طلب العضوية Membership Application

الإسم بالكامل: _____

تاريخ الميلاد: _____ الجنس: _____

الرقم الشخصية: _____ الجنسية: _____

درجة الإعاقة السمعية: _____

المؤهل الدراسي وتاريخه: _____

الحالة الإجتماعية: _____

المهنة (مسمى الوظيفة): _____ جهة العمل: _____

العنوان بالكامل: _____ هاتف المنزل: _____

هاتف العمل: _____ رقم الجوال: _____ رقم جوال أحد الأقارب: _____

الأنشطة المفضلة لديك: _____

الأسم: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

رأي إدارة المركز:

علي السناري - رئيس مجلس الإدارة التوقيع: _____

نوع العضوية: _____ رقم العضوية: _____ التاريخ: _____