

山口県母子寡婦福祉連合会入会申込書

山口県母子寡婦福祉連合会に入会を申し込みます。

(お住まいの地域をご記入ください。 市・町)

申込日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名		
	印 (母子・父子・寡婦)	
生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 -	
電 話	(自宅)	(携帯)
ふりがな 子の氏名		
就学年	H 年 月 日生 (歳) 男・女 <small>保育園 幼稚園 小学校 中学校 高校 (年)</small>	
ふりがな 子の氏名		
就学年	H 年 月 日生 (歳) 男・女 <small>保育園 幼稚園 小学校 中学校 高校 (年)</small>	
ふりがな 子の氏名		
就学年	H 年 月 日生 (歳) 男・女 <small>保育園 幼稚園 小学校 中学校 高校 (年)</small>	

※ 入会申込の際にいただきました個人情報は、連合会以外の目的には使用しません。

※ 入会については年会費700円が必要です。

(参考) 市・町の母子寡婦福祉団体入会希望の方は、1,000円程度が必要です。

※ 入会に係るお問い合わせ先

一般財団法人山口県母子寡婦福祉連合会

TEL:083-923-2490・FAX:083-923-2499

753-0054 山口市富田原町4-58