

# 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 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	年	月	日生	( 歳)	男・女
	保育園	幼稚園	小学校	中学校	高校 ( 年)
ふりがな 子の氏名					
就学年	年	月	日生	( 歳)	男・女
	保育園	幼稚園	小学校	中学校	高校 ( 年)
ふりがな 子の氏名					
就学年	年	月	日生	( 歳)	男・女
	保育園	幼稚園	小学校	中学校	高校 ( 年)

※ 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 800 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

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目1番1号 山口県総合保健会館2階