

入 会 申 込 書

滋賀県母子福祉のぞみ会に入会しませんか？
 年会費は1,000円となります。
 同じ母子寡婦家庭の仲間として、
 力を合わせて一緒に活動していきましょう。



平成 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日
住 所	〒
電 話	
携帯電話	
e-mailアドレス	
職 業	常勤・パート・自営業・内職・無職・その他
連絡を取る際に注意してほしいこと等があればご記入ください。 <small>(例えば、電話に出られない時間帯がある、夜勤明けなので午前中の電話は避けてほしい等)</small>	

家族の状況

名 前	続柄	生 年 月 日
フリガナ		昭和 平成 年 月 日
フリガナ		昭和 平成 年 月 日
フリガナ		昭和 平成 年 月 日
フリガナ		昭和 平成 年 月 日
フリガナ		昭和 平成 年 月 日

※ご記入いただいた個人情報については、会の活動に関して利用し、目的以外の利用または第三者に提供することはありません。