

第1号様式（第3条関係）

一般社団法人新潟県母子寡婦福祉連合会
入会申込書（個人）

平成 年 月 日

一般社団法人新潟県母子寡婦福祉連合会会長 殿

一般社団法人新潟県母子寡婦福祉連合会の事業目的に賛同し、賛助会員として入会いたします。

会費の口数 口

ふりがな	
1 氏名	
2 住所	〒 _____
3 連絡先	TEL _____ FAX _____ メールアドレス _____

・会費について

会費は一口1,000円です。会員期間は毎年4月1日から3月31日で年度ごとの更新になります。

・会費の振込について

会員登録受付後、銀行振込用紙を郵送します。

*申込先 （一社）新潟県母子寡婦福祉連合会 事務局

〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 新潟エゾンプラザ 3階

電話 025-281-5546 fax025-281-5547 E-mail ni-kenboren@moon.odn.ne.jp