

個人

一般財団法人 新潟市母子福祉連合会
入会申込書（個人）

令和 年 月 日

一般財団法人 新潟市母子福祉連合会 会長 殿

一般財団法人新潟市母子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
名前	印
住所	〒
連絡先	電話： FAX： メールアドレス：

- ・ 会費について 会費は、年会費一口 1,000 円です。
(会員期間は毎年 4 月 1 日から 3 月 31 日まで、年度ごと更新)
- ・ 寄付金の申し出について ご寄付をしていただける方はお申し出ください。
- ・ 会費の振り込みについて 会員登録受付後、銀行振込用紙を郵送します。
- ・ 会員特権 入会して頂くことにより福祉団体への支援という社会貢献に繋がります。

申込先 (一財) 新潟市母子福祉連合会 事務局
〒950-0909 新潟市中央区八千代 1-3-1
電話・FAX：025-243-4380
メール：info@niigata-mom.or.jp