

会員登録に必要ですのでご記入の上、返送ください。

入会申込書

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	昭和 平成		
			年 月 日生		
ご住所	〒				
お勤め先	(常勤・パート・その他)				
自宅 TEL	()	携帯 TEL	()		
ご家族	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	学校・お勤め先	

差し支えなければ、次の質問にご回答ください。

- 新潟市母子福祉連合会をどちらで知りましたか？
友人から インターネット 市報 市役所 その他 ()
- ひとり親家庭となった年 (昭和・平成 年)
- ひとり親家庭となった原因 (該当する項目に○をつけてください。)
死別 離婚 未婚の母 夫が行方不明 その他 ()
- 離婚された方のみお答えください。
 - ・離婚は (協議・調停・判決) だった。
 - ・慰謝料の支払取り決め (あった・なかった)
 - ・養育費の支払いに取り決めは (あった・なかった)
 - ・離婚の原因について差し支えなければ教えてください。

--

- 今後、新潟市母子福祉連合会に望むことは何ですか？どんなことでも結構ですのでお書きください。

--

～送付先～

〒950-0909 新潟市中央区八千代 1-3-1
(一財)新潟市母子福祉連合会 事務局