

賛助会員入会申込書（新規）

（一財）新潟市母子福祉連合会 会長様

このたび、一般財団法人新潟市母子福祉連合会の趣旨に賛同し、賛助会員として下記により入会申込みをします。

| 会 員 種 別 (どちらかに○をつけてください) | | 法人・団体 | 個 人 |
|-----------------------------|--------|----------------------------------------------|----------------------------|
| 団 体 | 法人・団体名 | | |
| | 代表者名 | (役職名) | (氏名) 印 |
| 個 人 | 氏名 | 印 | |
| 住 所・電話番号等 | | 〒 _____ 住所 TEL () _____ FAX () _____ | |
| ご担当者部署・氏名 (法人・団体) | | 部署名 _____ 氏名 _____ | |
| Eメールアドレス | | _____@_____ | |
| 賛 助 会 費 (年会費) | | 法人・団体 | 一口 10,000 円 × 口 = _____ 円 |
| | | 個 人 | 一口 1,000 円 × 口 = _____ 円 |
| 新潟市母子福祉連合会の広報誌 に会員情報を掲載 | | どちらかに○を つけてください | 可 不 可 |

1. 会員登録・会費振込方法

- (1) 本申込書に必要事項を記入、ご捺印後郵送にてお申込みください。
また、ホームページから様式をプリントアウトしていただき、ご記入後、電子メールでお送りいただくこともできます。
- (2) 本申込書をお預かり後、会費納入依頼書を郵送させていただきますので、最寄りの郵便局でお支払ください。

2. 会員のプライバシーについて

本登録申込書によって提供していただいた個人情報は、厳重かつ適正に管理し、郵便物の発送など、当法人の業務以外の目的で使われることはありません。

問い合わせ先：〒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 TEL・FAX 025-243-4380
 Eメール：info@niigata-mom.or.jp
 ホームページ：http://www.niigata-mom.or.jp