

一般社団法人 新潟県母子寡婦福祉連合会
入会申込書(法人・団体)

令和 年 月 日

一般社団法人 新潟県母子寡婦福祉連合会 様

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
フリガナ	
法人・団体名	Ⓜ
住所	〒
連絡先	電 話 : F A X : メールアドレス :

提供された情報は当会の会員管理以外の目的で使用することはありません。

・会費について

会費は年会費一口5,000円です。(何口でも加入いただけます。)

(会員期間は毎年4月1日から翌年3月31日迄で年度ごとの更新となります。)

・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いたします。

申込先

〒950-0994 新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

一般社団法人 新潟県母子寡婦福祉連合会 事務局

電話025-281-5546 FAX025-281-5547 E-mail ni-kenboren@moon.odn.ne.jp