

このまま  
FAXしてください

(FAX : 011-614-1109)

## 入会申込書

札幌市福祉友の会 会長 様

私は貴会の目的に賛同し、入会いたします。

令和 年 月 日

郵便番号 〒

住 所 札幌市

ふりがな  
氏 名

生年月日 昭和 年 月 日

性 別 男 ・ 女

電話番号

在籍地区民児協名

※ここに記載された貴方の個人情報は、札幌市福祉友の会事業（名簿作成や各種事業のご案内など）以外には使用いたしません。