

**公益財団法人 日本キリスト教婦人矯風会 正会員・賛助会員入会申込書**

記入日 20 年 月 日

会の目的・活動に賛同し、(正会員／ 賛助会員 口)として入会します。(本人記入)

(ふりがな)			
氏 名			
連絡先 (郵便物送付を自宅以外にご希望される方は備考欄に送付先住所を記入して下さい)	住所(自宅) 〒 -		
	電話		
	FAX		
	メールアドレス		
紹介者またはご入会の動機			
生年月日	西暦 (明・大・昭・平 ) 年 月 日	職業	性別
グループ所属の有無 (どちらかに○)	1. 地域グループに属する(矯風会 ) 2. グループに属さない		
所属教派/ 教会名	1. ある ( 教会 ) 2. なし		
備考			

○申込書送付・問い合わせ先

郵送の場合 〒169-0073 東京都新宿区百人町 2-23-5 公益財団法人 日本キリスト教婦人矯風会

FAXの場合 03-3361-1160

○会費のお振込は「郵便払込票」で下記をお願いいたします。

通信欄に新入会員と明記してください。(正会員 7000円 賛助会員 一口 3000円 一口以上)

口座番号 00140-1-32469 加入者名 公益財団法人 日本キリスト教婦人矯風会

○お支払い時期 年会費は4月から翌年3月までの1年分を納入してください。途中入会の場合も会費は同額です。その場合正会員には婦人新報、TOMO-NYを4月にさかのぼってお送りさせていただきます。

**<この入会申込書は FAX (03-3361-1160) でも受け付けています>**

★本申込書に記入された個人情報については、個人情報保護法のとおり厳正に管理し、当会の活動に必要な範囲にのみ利用いたします。

本 部 用	㊸	㊹	㊺	㊻	受付	年	月	日
-------------	---	---	---	---	----	---	---	---