**社会福祉法人 長崎市社会福祉協議会**

会員入会申込書

　**長崎市社会福祉協議会　会長　様**

**貴会の趣旨に賛同し、令和　　　年度 会員として入会いたします。**

申 込 日　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| **※太枠内のみご記入ください。**　記入後は、FAX(095-828-7236)または郵送にてご返送ください。  |
| **会員種別****いずれかに○をお願いします。** | ・団体会員（年額１口3,000円）・賛助会員（年額1口1,000円） |
| **口数・金額** | 　　　　口　　・　　　　　　　　円（年度会費） |
| **フリガナ** |  |
| **法人名又は個人名** |  |
| **代表者名** | （役職）　　　　　　　　　　（氏名） |
| **住所** | 〒　　 　－ |
| **連絡先** | （電話）　　　―　　　　　　　　　（FAX） 　　　― |
| **団体の場合は担当者名** | （役職）　　　　　　　　　　（氏名） |
| **社　協　記　入　欄** | 会員NO. |

 新規加入