母子寡婦福祉会　入会申込書

申込日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日　　　（　　　歳）  S・H　　　　年　　　月　　　日 | |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　小学校の校区（　　　　　　　　） | | |
| 職　　業 |  | | 電話 |

＊お子さんの状況＊

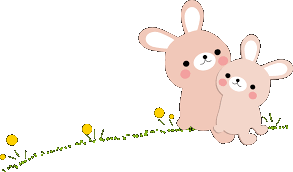
質問事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 続柄 | 性別 | 生年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ご入会ありがとうございます。

大阪府内４１市町村に、母子寡婦福祉会があります。

後日、市町村の校区役員よりご連絡させていただきますので、しばらくお待ちください。



社会福祉法人　大阪府母子寡婦福祉連合会

〒537-0025　大阪市東成区中道１丁目３番５９号

大阪府立母子・父子福祉センター内

　０６－６７４８－０２６３

０６－６７４８－０２６４

FAXのイラスト | フリー、無料で使えるイラストカット.com