

賛助会員入会申込書

更生保護法人滋賀県更生保護事業協会あて
(FAX 077-524-9362)

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

滋賀県更生保護事業協会の事業目的に賛同し、賛助会員として入会します。
賛助会費として 年間 _____ 円を振り込みます。

* 個人は 5,000 円以上 (5,000 円単位)、団体は 10,000 円以上 (10,000 円単位) でお願
い
します。

個人	(ふりがな) 氏 名	
	住 所	〒 (電話番号)
企業・ 団体	名 称	
	住 所	〒 (電話番号)
	及び担当者の 役 職 氏 名	役 職 氏 名

* 電話番号は、日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。

* FAX送信していただくか、又は郵送してくださいますようお願いいたします。

(連絡先) 〒520-0044 大津市京町3丁目1番3号 逢坂ビル3階

滋賀県更生保護ネットワークセンター内

更生保護法人 滋賀県更生保護事業協会 事務局

TEL/FAX 077-524-9362 月～金 10:00～16:00