

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 及び担当者の 役職 氏名	〒 (電話番号) 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、又は郵送していただき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