

稲城市姉妹友好都市交流協会
入会申込書

< 家族会員 >

申込年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

家族会員 代表者お名前	(フリガナ)		
ご住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
会員種別	家族会員	□	円
希望する委員会	<input type="checkbox"/> 海外交流委員会	<input type="checkbox"/> 国内交流委員会	<input type="checkbox"/> 地域交流委員会
家族構成			
氏名	続柄	生年月日	備考
(カナ)		年 月 日	
(カナ)		年 月 日	
(カナ)		年 月 日	
(カナ)		年 月 日	
(カナ)		年 月 日	

※ 年会費：家族会員一律1口3,000円

- ・メールアドレスをご記入いただいた場合は、交流協会のメーリングリストに登録させていただき、当協会からのお知らせやイベント情報などをお送りいたします。
- ・正会員の方は、希望された委員会における交流および活動に参加できます。

(本情報は目的以外には使用せず、個人情報の管理には当協会が責任をもってあたります。)