千葉市花の美術館友の会入会申込書　23

平成　年　月　日

会員番号	フリガナ 代表者氏名 生年月日　大・昭・平　年　月　日生	年齢	性別

〒 □□□－□□□□

住所

電話番号　－　－

FAX番号　－　－

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　@

会員区分　希望の会員区分の番号に ○ をつけて下さい。

1　家族会員（会費1，000円）　2　個人会員（会費500円）

※同居の家族に限ります

会員となる家族氏名		年齢	性別	会員となる家族氏名		年齢	性別
会員番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名 生年月日　大・昭・平　年　月　日生			会員番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名 生年月日　大・昭・平　年　月　日生		
会員番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名 生年月日　大・昭・平　年　月　日生			会員番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名 生年月日　大・昭・平　年　月　日生		
会員番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名 生年月日　大・昭・平　年　月　日生			会員番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名 生年月日　大・昭・平　年　月　日生		

※　太枠欄の記入をお願いします。会員番号欄は記入しないで下さい。

個人情報の取り扱いについて

入会申込書でご提供いただいた個人情報は、当会の目的以外には使用せず、安全かつ厳重に管理いたします。