

岡山中央福祉会友の会 会費減額届け

年 月 日

会 員	氏名	ふりがな
	住所	〒 — 電話() —
	会費額	円
申請者(会員と異なる場合のみ記入)	氏名	ふりがな
	住所	〒 — 電話() —

※会員と申請者が異なる場合、身分証明となるもの(運転免許証、健康保険証など)の写しをお預かりします。

担当印

--