

公益財団法人新潟県女性財団 運営協カスタッフ登録申込書

_____年 月 日

新潟県女性財団の運営協カスタッフへの登録を申し込みます。

| | | | |
|--|---------------------------|--------------|-------------------------------------|
| ふりがな 氏名 | | 生まれ年 (西暦) | 年 |
| 自宅 | 住所 | 〒 | |
| | TEL | () | — |
| | FAX | () | — |
| | 携帯 | () | — |
| | E-mail | | |
| 勤務先 | 勤務先名 | | |
| | TEL | () | — ※電話連絡 可 ・ 不可 該当するものを○で囲んでください。 |
| | FAX | () | — |
| 所属団体 | ※所属している団体・グループ名を記入してください。 | | |
| ※財団の事業運営に関し、支援できる資格・特技などがありましたら記入してください。 | | | |