

「神戸文化マザーポートクラブ」 入会お申込み書

公益財団法人 神戸市民文化振興財団 事務局宛

会員として以下の通り申し込みます。

お申込日	年 月 日		
御社名	ふりがな		
代表者様 ご芳名	ふりがな		
ご住所	〒 —		
お電話番号	(代表) — —	(FAX) — —	
ご担当者様	ふりがな		所属部署
	お名前		
	(TEL) — —	(FAX) — —	
	E-mail @		

■お申込み口数 (1口：5万円) _____ □
■担当者による訪問説明をご希望されますか。 <input type="checkbox"/> はい (訪問日程：第一希望 月 日 / 第二希望 月 日 / 第三希望 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」に印の方には後日担当者よりご連絡させていただきます。

●お申込みは、郵送または、FAXでお申込み下さい。

公益財団法人 神戸市民文化振興財団 総務部 営業企画課 担当宛
〒650-0016 神戸市中央区楠町4丁目2番2号 FAX 078-351-3121

●お問合せ先

事業部 営業企画課 TEL 078-361-7105、e-mail:eiki@kobe-bunka.jp