

年度

父母の会行事保険加入申込書 兼  
ふぼれん登録団体会員入会申込書

おおた・ふぼれんネットワークの  
父母の会行事保険加入登録団体として申し込みをいたします。

団体名	
代表者名	
代表者住所	〒
代表者電話番号	
担当者名	
担当者住所	〒
担当者電話番号	
メールアドレス	
父母の会参加世帯数	

メールアドレスは必ずご記入ください。代表、ご担当者のどちらでも構いません。連絡が取れる方ならばどなたでも結構です。携帯メールも可です(PCからの送受信可能に設定)。父母の会保険加入証は、お届けいただいた会長さんのご住所に送りいたします。

納入金額は、父母の会世帯数×@170円+2,000円(登録会費)

申込書返送先 FAX 03-3777-1946

E-mail [aoi-ho@muf.biglobe.ne.jp](mailto:aoi-ho@muf.biglobe.ne.jp)

登録団体会費納入先 郵便局電信口座 10130-32500421

おおた・ふぼれんネットワーク事務所  
東京都大田区大森北 1-11-3 サカエビル5A くれよんくらぶ気付  
電話&FAX 03-6410-8940