



母親研究所 行

【FAX】0422-44-8702



眼差会入会申込書

ふりがな	性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成
名前		年 月 日	生まれ (歳)
住所 〒			
TEL ()		FAX ()	
メールアドレス(携帯メール以外)			
職業・勤務先			
ご紹介者			
眼差会に期待することを何でもご自由にお書きください。(講座、イベントなど)			

※ A4用紙に印刷して必要事項を記入後、FAX送信してください。 【FAX】 0422-44-8702

※ 郵送での送付先 〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-1-2 Gフラット302 母親研究所

※ 振込用紙の通信欄に「眼差会年会費」とご記入ください。

※ 【振込先】郵便振替 口座 No. 00140-2-18564 母親研究所