

社團法人高雄市慈德親幼協會會員資料

慈德編號：

姓名		性別		出生日期	年 月 日	電話號碼	
籍貫		身分證字號				興趣	
住址						學歷	
職業				社會經歷：			
會務經歷	年 月 至 年 月						
入會日期	年 月 日	入會時介紹人		住址所屬區域	市 區 里		
本會應以那一種收費方式 向您收取會費最為恰當 (敬請選一種於 <input type="checkbox"/> 上打勾)		<input type="checkbox"/> 以劃撥方式 <input type="checkbox"/> 區主任代收 <input type="checkbox"/> 會務人員前往收費 <input type="checkbox"/> 希望委由某會員統一收取，該會員姓名：					
那一個時間前往 向您收費最適宜 (請於 <input type="checkbox"/> 上打 勾)	星期 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> 以上皆可 時間 <input type="checkbox"/> 上午 09:00~10:00 <input type="checkbox"/> 上午 10:00~12:00 <input type="checkbox"/> 下午 14:00~15:00 <input type="checkbox"/> 下午 15:00~17:00						
會費多久收繳 最方便 (請於 <input type="checkbox"/> 上打 勾)	<input type="checkbox"/> 每月收繳 <input type="checkbox"/> 每三個月收繳 <input type="checkbox"/> 每半年收繳 <input type="checkbox"/> 每壹年收繳一次 <input type="checkbox"/> 永久會員 <input type="checkbox"/> 其它						

本人對 貴會救濟孤苦的社會慈善服務工作甚為讚舉，今承友人引介，願意參加為貴會的一員並遵從貴會一切規章，貢獻棉力來壯大貴會使救助層面擴大，共同為安和樂利的社會目標奮鬥，並填上個人資料准予參加是幸。 敬 祝

安 康

社團法人高雄市慈德親幼協會 敬啟

附註：若有任何不明瞭事項請撥電話回會館。

會館住址：高雄市三民區宣化街 52 號

電話：(07)321-3580·3112186(含傳真)