가입번호

담당	총무	부회장	회장

와싱톤 복지상조회

MUTUAL AID ASSOCIATION, INC. (M.A.A)
P.O.Box 207 Centreville,VA 20122Tel:703)999-9064
http://www.kwmaa.com

회원가입 신청서

본인은 복지상조회의 회칙에 찬동하고 기재사실이 틀림없기에 회원가입을 신청합니다.

가입신청 2022년 _____월_____일 / 서명 Signed ________________

가입자 Member	성 명 (Name): (한글)________________ (English)____________________ 생년월일 (DOB) ____________________ 성별 여(F) 남(M) 주 소 (Address)____ City____________________State _______ Zip Code _______________ 전 화 (HomePhone)____________________(CellPhone) ____________________
제1 수혜자 1st Beneficiary	성 명(Name) (한글)____________________ (English) ____________________ 생년 월일(DOB) 19______년 _____월 _____일 성별 남(M) 여(F) 가입자와의 관계(Relation)____________________ 주 소(Address)____ City____________________ State _______ Zip Code _______________ 전 화(Phone)____________________(Home) ____________________(Cell)
제2 수혜자 2nd Beneficiary	성 명(Name): (한글)____________________ (English) ____________________ 생년 월일(DOB) 19______년 _____월 _____일 성별 남(M) 여(F) 가입자와의 관계(Relation)____________________ 주 소(Address)____ City____________________ State _______ Zip Code _______________ 전 화(Phone)____________________(Home) ____________________(Cell)