

가입번호

담당	총무	부회장	회장

와싱턴 복지상조회

MUTUAL AID ASSOCIATION, INC. (M.A.A)

P.O.Box 207 Centreville, VA 20122 Tel : 703)815-1370

http://www.kwmaa.com

수혜자 변경신청서

회원(성명 _____)(번호 K _____)은
수혜자 변경을 신청하오니 접수하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인 서명 / Signed _____

가입자 Member	성명 (Name): (한글) _____ (English) _____
	생년월일 (DOB) 19 _____ 년 _____ 월 _____ 일 성별 남(M) 여(F)
	주소 (Address) _____ City _____ State _____ Zip Code _____
	전화 (HomePhone) _____ (CellPhone) _____

제1 수혜자 1st Beneficiary	성명 (Name) (한글) _____ (English) _____
	생년월일 (DOB) 19 _____ 년 _____ 월 _____ 일 성별 남(M) 여(F)
	가입자와의 관계 (Relation) _____
	주소 (Address) _____ City _____ State _____ Zip Code _____
전화 (Phone) _____ (Home) _____ (Cell)	

제2 수혜자 2nd Beneficiary	성명 (Name): (한글) _____ (English) _____
	생년월일 (DOB) 19 _____ 년 _____ 월 _____ 일 성별 남(M) 여(F)
	가입자와의 관계 (Relation) _____
	주소 (Address) _____ City _____ State _____ Zip Code _____
전화 (Phone) _____ (Home) _____ (Cell)	