

가입번호

담당	총무	부회장	회장

와 싱 톤 복 지 상 조 회

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

P.O.Box 207 Centreville, VA 20122 Tel : 703) 999-9064

<http://www.kwmaa.com>

회원가입 신청서

본인은 복지상조회의 회칙에 찬동하고 기재사실이 틀림없기에 회원가입을 신청합니다.

회칙위반 사실이 있을 경우 상조금을 받을수 없음에 동의합니다.

가입신청 ____월 ____일 ____년 / 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)	

상조회비 납부안내서 받으실곳 : 가입자 / 제1수혜자 / 제2수혜자