

～ ご紹介者様の団体名 または 個人名と連絡先 ～

お名前	フリガナ	生 年 月 日	西曆	ご職業 (会社名)	
	(〒 -)				
ご住所					TEL

平田わたるを支える会 入会申込書

(佐渡市にお住まいの選挙権のある方をご紹介します)

お申込日: 年 月 日

お名前とご住所 ～ ご紹介者様とのご関係 または 皆様のご関係をお知らせください ～

お名前	フリガナ	生 年 月 日	西曆	ご職業 (会社名)		ご紹介者様 との関係	家族 () 知人
	(〒 -)						その他 ()
ご住所					TEL		

お名前	フリガナ	生 年 月 日	西曆	ご職業 (会社名)		ご紹介者様 との関係	家族 () 知人
	(〒 -)						その他 ()
ご住所					TEL		

お名前	フリガナ	生 年 月 日	西曆	ご職業 (会社名)		ご紹介者様 との関係	家族 () 知人
	(〒 -)						その他 ()
ご住所					TEL		

お名前	フリガナ	生 年 月 日	西曆	ご職業 (会社名)		ご紹介者様 との関係	家族 () 知人
	(〒 -)						その他 ()
ご住所					TEL		

お名前	フリガナ	生 年 月 日	西曆	ご職業 (会社名)		ご紹介者様 との関係	家族 () 知人
	(〒 -)						その他 ()
ご住所					TEL		

■ 個人情報保護法に基づき、この申込用紙は、直接FAXしていただくか、平田わたるを支える会の係にお渡しください。

■ この情報は平田わたるを支える会の活動のみに使用いたします。