事務連絡

自由民主党　参議院議員（全国比例区）／日本歯科医師連盟顧問

ひが なつみ後援会 入会申込書

＊政治活動用のメルマガ（選挙運動用電子メールを含む）を受信することに同意される方はメールアドレスをご記入ください。

【ご紹介者】

ふりがな お名前		電話番号	（　　）
ご住所	〒		
メールアドレス	@	ご職業	

＊こちらの申込書は「ひがなつみ」の政治活動を支援する目的以外には使用いたしません。
＊満 18 歳以上で日本国籍の方で ひがなつみ を応援してくださる方をご紹介願います。
＊ご紹介いただく方々のご了承は事前にいただいて下さい。　＊入会金などは不要です。

お名前（ふりがな）	ご住所	電話番号
様	〒　－	（　　）
メールアドレス	@	ご職業

お名前（ふりがな）	ご住所	電話番号
様	〒　－	（　　）
メールアドレス	@	ご職業

お名前（ふりがな）	ご住所	電話番号
様	〒　－	（　　）
メールアドレス	@	ご職業

お名前（ふりがな）	ご住所	電話番号
様	〒　－	（　　）
メールアドレス	@	ご職業

お名前（ふりがな）	ご住所	電話番号
様	〒　－	（　　）
メールアドレス	@	ご職業

【郡市区名：　　】