

伊藤めぐみ後援会

入会申込書【ご紹介カード】

FAX :078-581-7808

お申込日：西暦 年 月 日

ご本人様のお名前・ご住所などをご記入ください。			
(フリガナ) お名前	歳	男・女	電話 () — FAX () —
ご住所 〒 —			ご職業
メールアドレス			

ご家族・親戚・知人をご紹介ください。			
(フリガナ) お名前	歳	男・女	電話 () — FAX () —
ご住所 〒 —			ご職業
メールアドレス			ご本人との関係
(フリガナ) お名前	歳	男・女	電話 () — FAX () —
ご住所 〒 —			ご職業
メールアドレス			ご本人との関係
(フリガナ) お名前	歳	男・女	電話 () — FAX () —
ご住所 〒 —			ご職業
メールアドレス			ご本人との関係
(フリガナ) お名前	歳	男・女	電話 () — FAX () —
ご住所 〒 —			ご職業
メールアドレス			ご本人との関係

神戸市議員

伊藤めぐみ後援会

〒651-1243 神戸市北区山田町下谷上字かんじゃ 11-3

※ご記入いただいた個人情報は、伊藤めぐみ後援会の活動目的以外には使用いたしません。