|  |
| --- |
| 市民連合あおもり加入,賛同申込書 |
|  |  | 2022.　　　.　　　. |
| 〇印欄 |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　趣旨に賛同し、加入します | 　 | 　 |
| 　 | 　加入しないが賛同し情報をうけとります |
|  以下にもご記入ください |
| 氏 名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住 所 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 電 話 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| メールアドレス | 　 | 　 |  | 　＠ | 　 | 　 |
| 個人肩書 | 　 | 　 | 　 | 　 | 公開の有無 | 有無 |
| 申し込み用紙に必要事項を記入し、市民連合あおもり　事務所　大竹整形外科、ＦＡＸ　0172-69-1106まで送信してください。メールアドレス記入の方は会員メーリングリストに登録します。 |

メールで申し込みの方は、大竹進　otakes@herb.ocn.ne.jpまでお願いいたします。