



田中まさし全国後援会申込書（応援個人カード）

送信先：公益社団法人 茨城県理学療法士会
 〒310-0034 茨城県水戸市緑町3-5-35
 TEL: 029-353-8474
 FAX: 029-353-8475
 E-mail: toiwase@pt-ibaraki.jp

茨城県士会用

① 紹介者：あなた様（主にPT・OT・STご本人）

ふりがな 氏名		職 種	PT・OT・ST・他	
職場名		電話番号 (※必須)		
自宅住所 (※必須)	〒			
E-mail	@		情 報	不要 <input type="checkbox"/>

※E-mail：政治活動に関する情報をメールで提供させていただきます。不要な方のみ「不要」に✓を入れてください。

② 応援者：ご紹介いただく方（ご家族を中心にできるだけ多く（最低でも4名以上）ご紹介ください）

該当に○ ↓	記 入 欄			
父・母・配偶者・ 兄弟・姉妹・子・ 祖父母・知人友人	ふりがな 氏名		電話番号	
	自宅住所 (※必須)	〒		
父・母・配偶者・ 兄弟・姉妹・子・ 祖父母・知人友人	ふりがな 氏名		電話番号	
	自宅住所 (※必須)	〒		
父・母・配偶者・ 兄弟・姉妹・子・ 祖父母・知人友人	ふりがな 氏名		電話番号	
	自宅住所 (※必須)	〒		
父・母・配偶者・ 兄弟・姉妹・子・ 祖父母・知人友人	ふりがな 氏名		電話番号	
	自宅住所 (※必須)	〒		
父・母・配偶者・ 兄弟・姉妹・子・ 祖父母・知人友人	ふりがな 氏名		電話番号	
	自宅住所 (※必須)	〒		
父・母・配偶者・ 兄弟・姉妹・子・ 祖父母・知人友人	ふりがな 氏名		電話番号	
	自宅住所 (※必須)	〒		

※記入欄が足りない場合はコピーしてご利用ください。

③ 職場単位でまとめて上記「送信先」にお送りください。原本はご自身で保管してください。

※ ご記入いただいた個人情報は、田中まさしの政治活動以外では使用いたしません。

