

# 石川さやか後援会 入会申込用紙

お申込日	平成            年            月            日
ご氏名	
ご住所	〒322- 鹿沼市
お電話	
ご職業 又は学校名	<input type="checkbox"/> 会社員 (            ) <input type="checkbox"/> 公務員 (            ) <input type="checkbox"/> 自営業 (            ) <input type="checkbox"/> 主婦 (夫) <input type="checkbox"/> 学 生 (            ) <input type="checkbox"/> その他 (            )
年齢	才
メールアドレス	@
会報などのご連絡について	希望します → <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール 希望しません
ご意見・ご要望等 ございましたら ご記入ください	

※ ご記入いただいた個人情報は、石川さやか後援会からの会報の発送、各種ご連絡のみに利用し、他の目的で使用することはありません。