



田中まさし全国後援会申込書（応援個人カード）

送信先：福岡県理学療法士連盟事務所

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東 2-8-26 第3 白水駅東ビル 305号

T E L : 092-482-3635

F A X : 092-433-3621

E-mail : mail@fptf.sakura.ne.jp

福岡県士会用

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)	〒	
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。