

谷川とむ後援会申込書

※は必須項目です。

お 名 前※		
ふ り が な※		
生 年 月 日※	年	月 日
性 別※	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
ご 職 業※		
郵便番号※	□□□□ - □□□□	
住 所※		
電 話 番 号※		
携 帯 番 号		
F A X 番 号		
メールアドレス※	@	

※上記必要事項をご記入の上、郵送または FAX にて下記後援会事務所までお送りください。
ご記入いただきました個人情報につきましては、当後援会活動以外に使用することはありません。

お申し込み先	谷川とむ後援会事務所
	〒598-0007
	大阪府泉佐野市上町3丁目1番13号2F
	FAX 072 - 464 - 4040