

参議院議員 安井美沙子後援会 (一沙会) 入会申込書

一沙会の趣旨に賛同して入会します。

年 月 日

お名前 (ふりがな)

〒 _____

ご住所

TEL (_____) _____ FAX (_____) _____

所属 (団体名)

メールアドレス

* 個人情報は安井美沙子の後援会活動のみに使用します。

F A X : 0 5 8 6 - 6 4 - 9 0 1 2

連絡先： 一沙会 (安井美沙子事務所) TEL : 0 5 8 6 - 6 4 - 9 0 1 1

〒 4 9 1 - 0 8 3 1 一宮市森本 1 - 2 4 - 2

(F A X でも郵送でも受け付けております。どうぞよろしくお願い致します。)

