

ご入会方法

入会申込書にご記入頂きましたら以下の方法でご連絡頂けますようお願い申し上げます。



TEL:055-266-3383

お電話を頂ければ申込書を受取に伺います。
上記番号までお電話ください。



FAX:055-243-1139

ファックスにて上記番号宛にお送りください。



info@sameda.jp

携帯電話やスマートフォンのカメラで
申込書を撮影しメールに添付して
上記メールアドレス宛にお送りください。



さめだ光一後援会

山梨県甲府市右左口町 3909

<http://sameda.jp/>

TEL:055-266-3383

FAX:055-243-1115

info@sameda.jp

討議資料

ご紹介票

さめだ光一の政策（ビジョン）にご賛同
頂ける「友人・知人・ご親戚」の方を是非
ご紹介ください。

氏名	フリガナ	
ご住所	〒 -	
電話番号		
メールアドレス		
ご関係	<input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ご親戚	
氏名	フリガナ	
ご住所	〒 -	
電話番号		
メールアドレス		
ご関係	<input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ご親戚	
氏名	フリガナ	
ご住所	〒 -	
電話番号		
メールアドレス		
ご関係	<input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ご親戚	

※本票は個人情報の保護及び適正な管理をいたします

さめだ光一後援会 入会申込書

氏名	フリガナ			
ご住所	〒 -			
電話番号				
年代	<input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80歳以上			
メールアドレス				
ご家族氏名				
	(歳)			
	(歳)			
	(歳)			
	(歳)			
	(歳)			
ご紹介者				
氏名	フリガナ			
ご住所	〒 -			
電話番号				
ご関係	<input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ご親戚			

※本票は個人情報の保護及び適正な管理をいたします