

小川かつみ応援個人カード 北海道用

送信先：北海道理学療法士連盟 事務局
 〒066-0055 千歳市里見 2 丁目 10
 北海道千歳リハビリテーション学院内
FAX：0123-28-5335
 (TEL：0123-28-5331)



※ 過去の応援者名の記入は不要です。新規の応援者のみ記入してください。

① 紹介者：あなた（PT・OT・ST・他）のお名前と連絡先等をご記入ください。

ふりがな		男・女	所属施設名（自宅会員のみ「自宅」）	職 種
氏 名				PT・OT・ST ・他
TEL	() -	自宅住所 〒		
E-mail				
カード提出状況	過去にこのカードを提出したことがある ・ 今回初めてこのカードを提出した			

② 応援者：ご家族・知人をご紹介ください。ただし、日本国籍で選挙権のある方、PT・OT・ST以外の方。なるべく5名以上お願いいたします。欄が足りない場合はコピーしてご使用ください。氏名・住所・性別・電話番号は必ずご記入ください。

1	ふりがな		男・女	自宅住所 〒
	氏 名			
	TEL	() -	E-mail	
2	ふりがな		男・女	自宅住所 〒
	氏 名			
	TEL	() -	E-mail	
3	ふりがな		男・女	自宅住所 〒
	氏 名			
	TEL	() -	E-mail	
4	ふりがな		男・女	自宅住所 〒
	氏 名			
	TEL	() -	E-mail	
5	ふりがな		男・女	自宅住所 〒
	氏 名			
	TEL	() -	E-mail	
6	ふりがな		男・女	自宅住所 〒
	氏 名			
	TEL	() -	E-mail	
7	ふりがな		男・女	自宅住所 〒
	氏 名			
	TEL	() -	E-mail	

③ 記入後、所属単位でまとめて上記「送信先」にお送りください。原本は手元に残してください。