



# 松崎克彦後援会入会申込書

松崎克彦をご支援くださる方をお一人でも多くご紹介ください

FAX 072-772-2232

年 月 日

ご紹介者氏名 \_\_\_\_\_

番号	性別	ふりがな	生年月日	ご住所	Eメールアドレス	ご趣味	備考
		氏名	年齢	お電話/FAX	携帯メールアドレス		
1	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
2	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
3	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
4	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
5	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
6	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
7	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
8	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
9	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		
10	男・女		年 月 日	〒	@		
			歳	TEL FAX	@		