|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市民連合あおもり加入,賛同申込書 | | | | | | |
|  | | | |  | 2022.　　　.　　　. | |
| 〇印欄 |  |  |  |  |  |  |
|  | 趣旨に賛同し、加入します | | | |  |  |
|  | 加入しないが賛同し情報をうけとります | | | | | |
| 以下にもご記入ください | | |
| 氏 名 |  |  |  |  |  |  |
| 住 所 |  |  |  |  |  |  |
| 電 話 |  |  |  |  |  |  |
| メール アドレス |  |  |  | ＠ |  |  |
| 個人肩書 |  |  |  |  | 公開の有無 | 有 無 |
| 申し込み用紙に必要事項を記入し、市民連合あおもり　事務所　大竹整形外科、  ＦＡＸ　0172-69-1106まで送信してください。  メールアドレス記入の方は会員メーリングリストに登録します。 | | | | | | |

メールで申し込みの方は、大竹進　[otakes@herb.ocn.ne.jp](mailto:otakes@infoaomori.ne.jp)までお願いいたします。