

# 市民連合あおもり加入, 賛同申込書

2018

○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

申し込み用紙は,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、FAX0172-69-1106まで返送ください。  
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。