

平成 30 年 月 日

作業療法士

FAX 送信票

大分県作業療法士連盟

事務局(デイサービスセンター楽 内)

〒870-0124 大分市大字毛井 553-1

TEL : 097-529-9025

FAX : 097-520-1765

E-mail: ooitaotrenmei@yahoo.co.jp

FAX 番号 : 097-520-1765

送信先 :

大分県作業療法士連盟 (事務局 : デイサービスセンター楽 内)

事務局長 森 勉 行

件名 : 『田中まさし 応援個人カード』送信

送信元 : 施設名 :

送信者氏名 :

内容 :

応援カード枚数 _____ 枚

- ※ 第 1 回目返信締め切り : 10 月 24 日 (水) までに返信して下さい。
- ※ 上記締め切り日を過ぎても募集は随時行っています。随時ご返信ください。
- ※ メールで返信の場合は、上記事務局メール宛に送信してください。

【お願い】

- ※ より多くの作業療法士の方が「紹介者」になっていただけるようにご協力お願いいたします。
- ※ 紹介していただく「応援者」は、可能な範囲で構いません。可能な範囲多くの方の氏名のご記入お願いいたします。



田中まさし全国後援会申込書（応援個人カード）

送信先：日本作業療法士連盟 事務所
〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル3階
T E L： 03-6802-7964

作業療法士専用

① 紹介者：あなた様

ふりがな 氏 名		職 種	OT ・ その他（ ）
職場名		電話番号 （※必須）	
自宅住所 （※必須）	〒		
E-mail		@	情 報 不要 <input type="checkbox"/>

※E-mail：政治活動に関する情報をメールで提供させていただきます。不要な方のみ「不要」に✓を入れてください。

② 応援者：ご紹介いただく方（ご家族を中心にできるだけ多くご紹介ください）

記 入 欄			
ふりがな 氏 名		電話番号	
自宅住所 （※必須）	〒		
ふりがな 氏 名		電話番号	
自宅住所 （※必須）	〒		
ふりがな 氏 名		電話番号	
自宅住所 （※必須）	〒		
ふりがな 氏 名		電話番号	
自宅住所 （※必須）	〒		
ふりがな 氏 名		電話番号	
自宅住所 （※必須）	〒		
ふりがな 氏 名		電話番号	
自宅住所 （※必須）	〒		

※記入欄が足りない場合はコピーしてご利用ください。

③ 職場単位でまとめて上記「送信先」にお送りください。原本はご自身で保管してください。

※ ご記入いただいた個人情報は、田中まさしの政治活動以外では使用いたしません。