

平成27年度子宮頸がんワクチン被害者連絡会  
神奈川県支部賛同人（議員・一般）会員申込書

平成 年 月 日

【加入期間】	平成 年 月 日～平成 年 月 日
【お名前】	
【連絡先】	ご住所
	TEL
	FAX
	メールアドレス
【会費金額/支払い方法】	<input type="text"/> 口×1000円＝ <input type="text"/> 円 現金/口座
	*どちらか希望する方に○をつけて下さい。
【議員事務所連絡先】	住所
	TEL
	FAX
	メールアドレス
【ご所属自治体議会名】 政党・党派・会派なども	

よろしくお願い申し上げます。

領 収 書

様

¥

\*賛同人として(  口×1000円＝  円)

平成 年 月 日

子宮頸がんワクチン被害者連絡会神奈川県支部

代表 山田真美子