

ご紹介者様の団体名または個人名と連絡先

お申込日 年 月 日

お名前			
ご住所	(〒 - )	TEL	

薬師寺みちよ後援会「道明会」入会申込書

お名前とご住所 紹介者様とのご関係、又は皆様のご関係をお知らせください

お名前	フリガナ	生年月日	西暦	ご職業 (会社名)		ご紹介者様との関係	家族 ( ) ・ 知人 その他 ( )
ご住所	(〒 - )			TEL			

お名前	フリガナ	生年月日	西暦	ご職業 (会社名)		ご紹介者様との関係	家族 ( ) ・ 知人 その他 ( )
ご住所	(〒 - )			TEL			

お名前	フリガナ	生年月日	西暦	ご職業 (会社名)		ご紹介者様との関係	家族 ( ) ・ 知人 その他 ( )
ご住所	(〒 - )			TEL			

お名前	フリガナ	生年月日	西暦	ご職業 (会社名)		ご紹介者様との関係	家族 ( ) ・ 知人 その他 ( )
ご住所	(〒 - )			TEL			

お名前	フリガナ	生年月日	西暦	ご職業 (会社名)		ご紹介者様との関係	家族 ( ) ・ 知人 その他 ( )
ご住所	(〒 - )			TEL			

※個人情報保護法に基づき、この申し込み用紙は直接FAXしていただくか、薬師寺事務所関係者に直接お渡しください。

※この情報は薬師寺みちよ後援会「道明会」の活動のみに使用いたします。