



# 今井絵理子さん を応援します。

## ●推薦人

電話番号、またはメールアドレスをお忘れなくお書きください。  
ろう者の方にはメール、またはFAXにてご連絡をさせて頂きます。該当の欄にチェックを入れて下さい。

お名前	フリガナ	年齢 歳 男・女	ご連絡先 (電話・FAX)	( )
			Mail	
ご住所	〒			
ご所属団体 または企業名				<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)

## ●紹介者

お名前(フリガナ)	年齢	ご住所	ご連絡先・Mail	
	歳 男・女	〒	ご連絡先(電話・FAX) ( ) Mail	<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)
	歳 男・女	〒	ご連絡先 ( ) Mail	<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)
	歳 男・女	〒	ご連絡先 ( ) Mail	<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)
	歳 男・女	〒	ご連絡先 ( ) Mail	<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)
	歳 男・女	〒	ご連絡先 ( ) Mail	<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)
	歳 男・女	〒	ご連絡先 ( ) Mail	<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)
	歳 男・女	〒	ご連絡先 ( ) Mail	<input type="checkbox"/> ろう者 (FAX・Mail)

ご協力ありがとうございました。

**FAX 03-3278-4501**

\*お預かりした個人情報は、今井絵理子の政治活動のみに使用いたします。

**笑顔の会 今井絵理子後援会事務所**

〒103-0028 東京都中央区八重洲1-5-3 富士メディカルビル  
Tel 03-3278-4500 www.imai-eriko.jp

討議資料