



小川克巳全国後援会 応援カード 登録用紙 (入会申込書)



FAX: 03-6551-0405 E-mail: office.kogawa@gmail.com

- ご記入いただきました個人情報は、小川克巳の政治活動ならびに選挙運動に利用させていただきます。政治団体は個人情報保護法第76条により同法の適用除外となっておりますが、同法の立法趣旨に基づき適正に取り扱います。
- 小川克巳全国後援会の「メインサポーター」や「応援者」は、後援会会員の種別であり、これらの登録は一般的な後援会入会申込として扱われます。したがって、公職選挙法（教職員等）や国家公務員法・地方公務員法（公立病院職員等）の制限を受けることなく、どなたでも「メインサポーター」や「応援者」としてご登録いただくことができます。

都道府県名

応援者を紹介してくれる「メインサポーター」としてぜひご登録ください。 *必須事項

◆施設情報◆

施設名*		〒番号*	
------	--	------	--

◆メインサポーター情報◆

リハ職は全員「メインサポーター」になっていただくようお願いします。

ふりがな		年齢		〒	
お名前*		自宅住所*			
携帯番号*	-	-		携帯電話 <input type="checkbox"/>	←後援会からの連絡方法として優先して希望されるほうをチェックしてください*
メールアドレス*		@		メール <input type="checkbox"/>	職種*

◆応援者情報◆

小川かつみを応援してくれる家族・友人・知人をご紹介ください。 *必須事項

お名前*		自宅住所*		〒()	
電話番号	-	-		電話 <input type="checkbox"/>	←後援会からの連絡方法として優先して希望されるほうをチェックしてください*
メールアドレス		@		メール <input type="checkbox"/>	メインサポーターとの関係性 家族・友人・その他
お名前*		自宅住所*		〒()	
電話番号	-	-		電話 <input type="checkbox"/>	←後援会からの連絡方法として優先して希望されるほうをチェックしてください*
メールアドレス		@		メール <input type="checkbox"/>	メインサポーターとの関係性 家族・友人・その他
お名前*		自宅住所*		〒()	
電話番号	-	-		電話 <input type="checkbox"/>	←後援会からの連絡方法として優先して希望されるほうをチェックしてください*
メールアドレス		@		メール <input type="checkbox"/>	メインサポーターとの関係性 家族・友人・その他
お名前*		自宅住所*		〒()	
電話番号	-	-		電話 <input type="checkbox"/>	←後援会からの連絡方法として優先して希望されるほうをチェックしてください*
メールアドレス		@		メール <input type="checkbox"/>	メインサポーターとの関係性 家族・友人・その他

メインサポーター（リハ職）・応援者（ご家族・友人等）は、裏面のQRコードよりGoogleフォームからのご登録も可能です！

小川克巳全国後援会 応援カード 登録（入会申込み）手順

①メインサポーター・・・より充実した支援体制を構築するため、後援会会員となり周囲の方々に声をかけてくれる役割を担う方々を「メインサポーター」と呼んでいます。役割は従来の「紹介者」と同じです。

リハ専門職の皆様は「メインサポーター」への登録をお願いします。

②**応援者**・・・メインサポーターからご紹介いただく、家族・友人・知人の方です。

★★下記 A・B いずれかのご登録方法をお選びください★★

A：入会申込書の FAX・メール・郵送による登録（※エクセル、PDF いずれも可）

→表面の入会申込書をご記入のうえ、FAX またはメール（エクセル、PDF 可）にて
小川克巳全国後援会事務局までご返送ください。



○ご記入いただきました個人情報は、小川克巳の政治活動ならびに選挙運動に利用させていただきます。
政治団体は個人情報保護法第76条により同法の適用除外となっておりますが、同法の立法趣意に基づき適正に取り扱います。
○小川克巳全国後援会の「メインサポーター」や「応援者」は、後援会会員の種別であり、これらの登録は一般的な後援会入会申込として扱われます。したがって、公職選挙法（教職員等）や国家公務員法・地方公務員法（公立病院職員等）の制限を受けることなく、どなたでも「メインサポーター」や「応援者」として登録いただくことができます。

応援者を紹介してくれる「メインサポーター」としてぜひご登録ください。 *必須事項

◆施設情報◆		北海道	
施設名*		〒番号	
◆メインサポーター情報◆ リハ職は全員「メインサポーター」になっていただくようお願いします。			
ふりがな	年齢	自宅住所*	〒
お名前*			
携帯番号*		携帯電話	職種*
		<input type="checkbox"/>	
メールアドレス*		メール	
		<input type="checkbox"/>	

※お願い！！※

- ・「*」欄は必ずご記入ください
- ・FAX でも字が潰れないよう楷書でご記入ください

「施設情報・メインサポーター情報」欄
PT・OT・ST 等、関係職種の方は、こちらにご記入ください。

「応援者情報」欄
ご家族・友人・知人のお名前等をご記入ください。

◆応援者情報◆		小川かつみを応援してくれる家族・友人・知人をご紹介ください。 *必須事項	
お名前*		自宅住所*	〒
電話番号*		電話	メインサポーターとの関係性
		<input type="checkbox"/>	
メールアドレス*		メール	家族・友人・その他
		<input type="checkbox"/>	
お名前*		自宅住所*	〒

FAX : 03-6551-0405 E-mail : office.kogawa@gmail.com

郵送 : 〒100-8962 東京都千代田区永田町 2-1-1

参議院議員会館 405 号室 小川克巳全国後援会事務局 行

B：WEB（パソコン・スマートフォン）からの Google フォーム入力による登録

①メインサポーター・応援者登録用フォーム

下記 URL または QR コードより
登録フォームへアクセスしてください。

https://ogawa-katsumi.com/?page_id=2648



多くの方のご登録をお願いします。
価値ある未来へ！リハビリ・介護の声を国会に