

**事務局控****受任者（署名を集める人）登録書**

※この用紙は事務局で保管し、情報は直接請求の連絡のみに使用し、他の目的には利用しません。  
引き受け年月日 2009年 月 日

産院存続を実現する「直接請求運動」の受任者として登録します。

氏名 \_\_\_\_\_ (できるだけ戸籍の字体で)

生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所 〒 熊本市 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX 番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

☆所属団体・紹介者のある方

所属団体 \_\_\_\_\_ 所属団体連絡先（電話） \_\_\_\_\_

紹介者氏名 \_\_\_\_\_

署名簿が確実にお手元に届き、回収ができるように①②にご記入ください

①署名簿の受け取り方

<b>署名簿番号</b>	<b>事務局記入欄</b>
--------------	---------------

- ア) 所属団体を通じて (団体名 \_\_\_\_\_ )
- イ) 事務局 (熊本医労連) に受け取りに行く
- ウ) 紹介者 ( \_\_\_\_\_ ) さんを通じて受け取る
- エ) 自宅に郵送
- オ) その他 \_\_\_\_\_ (具体的に記入)

②署名簿の回収の仕方

- ア) 所属団体に届ける (団体名 \_\_\_\_\_ )
- イ) 事務局 (熊本医労連) に届ける
- ウ) 紹介者 ( \_\_\_\_\_ ) さんを通じて届ける
- エ) 事務局 (医労連) に郵送
- オ) その他 \_\_\_\_\_ (具体的に記入)

(注) 郵送の場合、郵送料はカンパとしてご負担をよろしくお願いします。

③「呼びかけ人」に名前を連ねてよい方は○をつけてください ( \_\_\_\_\_ )

※チラシやホームページに掲載されます