

会 員 各 位

愛知県社会保険労務士政治連盟

会長 富田 謙

「1人10人紹介運動」推薦名簿のお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は、当政治連盟の運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、ご承知のとおり社会保険労務士政治連盟の目的は、社会保険労務士の社会的・経済的地位の向上と社会保険労務士制度の発展を図るために必要な政治活動を行うことでもあります。

愛知県社会保険労務士政治連盟では、社会保険労務士制度に理解と協力を得ている議員の選挙に対応する支援体制を強化するため、会員各位のご協力によって、会員1人10人を紹介するという運動を展開しております。

つきましては、推薦名簿にご紹介いただける方を記載していただき、ご提出くださいますようお願い申し上げます。

なお推薦名簿はご紹介いただいた会員各位の指定する候補者予定者にしか提出いたしません。

敬具

※ 有権者10人をご紹介ください。(選挙区分在住の方)

※ この情報は政治活動に使用するため個人情報保護法には抵触しません。

※ 任意の様式でご提出いただくことも可能です。

「1人10人紹介運動」推薦名簿

紹介者 _____ 支部 (本会所属支部) 氏名 _____

〒

住所 _____ 電話番号 _____

指定する候補予定者			
1	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
2	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他

3	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
4	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
5	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
6	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
7	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
8	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
9	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他
10	お名前 _____	電話番号 _____	
	ご住所 〒 _____	紹介者との関係	<input type="checkbox"/> 親 族 <input type="checkbox"/> 知 人 <input type="checkbox"/> 仕事関係 <input type="checkbox"/> その他