



新潟市サポーターズ倶楽部事務局（新潟市東京事務所）行

フリガナ 氏名 (必須)		生年月日 (必須)	西暦 年 月 日
住所 (必須)	〒		
所属		肩書	
電話番号 (必須)			
メールアドレス (必須)			
新潟市関連情報の 受け取り希望 (必須) ※該当するものを1つ選択 してください。	<input type="checkbox"/> メールマガジン (推奨) <input type="checkbox"/> 希望しない		
新潟市との繋がり (必須) ※主なものを1つ選択して ください。	<input type="checkbox"/> 新潟市出身 <input type="checkbox"/> (新潟市出身ではないが) 新潟市在住または住んでいたことがある <input type="checkbox"/> (新潟市に住んだことはないが) 新潟市内に通勤・通学していたことがある <input type="checkbox"/> その他 ()		
クラブを知った きっかけ (必須) ※主なものを1つ選択して ください。	<input type="checkbox"/> 会員からの紹介 <input type="checkbox"/> 新潟市職員からの紹介 <input type="checkbox"/> 友人・友人等 (上記以外) からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ()		
通信欄			

