

(本用紙は英語版(裏面) / 日本語版(この面)の両方をお送りしていますが、届出はどちらか一方に記入してご郵送いただければ結構です)

※特記なき限り、フォームは日本語ではなくローマ字でご記入ください。

請求者情報

請求者のお名前(日本語): _____

請求者のお名前(ローマ字): _____

共同請求者がいる時はそのお名前(日本語): _____

共同請求者がいる時はそのお名前(ローマ字): _____

住所(日本語): 〒 _____ - _____

(ローマ字): _____

電話番号: _____

電子メールアドレス: _____

請求者の署名: _____

日付: _____

【郵送先】

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-15-9 さわだビル5階
MRI被害弁護団 あて