

薬剤師 ^{かみや} 神谷まさゆき 君を応援しましょう(千葉県版) 支援者用

ご紹介者の記入欄		所属団体・支部
フリガナ お名前	電話番号 携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先	
住所 〒	勤務先の場合は勤務先名必須 ➡	薬剤師の方は ✓印を ご記入ください

応援していただける方は、下記にご記入をお願いいたします。

フリガナ お名前/氏	名	電話番号 ()	携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先
		Email @	
住所 □□□-□□□□	勤務先の場合は勤務先名必須 ➡	薬剤師の方は ✓印を ご記入ください	
フリガナ お名前/氏	名	電話番号 ()	携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先
		Email @	
住所 □□□-□□□□	勤務先の場合は勤務先名必須 ➡	薬剤師の方は ✓印を ご記入ください	
フリガナ お名前/氏	名	電話番号 ()	携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先
		Email @	
住所 □□□-□□□□	勤務先の場合は勤務先名必須 ➡	薬剤師の方は ✓印を ご記入ください	
フリガナ お名前/氏	名	電話番号 ()	携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先
		Email @	
住所 □□□-□□□□	勤務先の場合は勤務先名必須 ➡	薬剤師の方は ✓印を ご記入ください	
フリガナ お名前/氏	名	電話番号 ()	携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先
		Email @	
住所 □□□-□□□□	勤務先の場合は勤務先名必須 ➡	薬剤師の方は ✓印を ご記入ください	



**Emailマガジンの
登録をお願いします!**

**公式LINEの友だち登録を
お願いします!**

**Facebookページの
フォローをお願いします!**

**神谷まさゆきホームページ
をご覧ください**



千葉県神谷まさゆき後援会

FAXはこちら ▶ **043-247-0153**

●いただいた個人情報は本会の政治活動にのみ使用し、第三者に提供することはありません。

