

紹介者名簿用紙 記入見本

全ての項目をご記入ください。

かみや
薬剤師 神谷まさゆき 君を応援しましょう

紹介者用

施設の記入欄

施設名 **県薬薬局**

施設住所 **9500941 新潟市中央区女地1-3-16**

所属団体名ならびに支部名 **「支部名」**

施設電話番号 **025 (281) 7730**

施設従業員数 **5人**

紹介者となって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	フリガナ	お名前/氏	名	薬剤師の方は ✓印を ご記入ください
新潟	太郎					✓
東区	次郎					✓
西区	花子					✓
南区	桃子					✓
北区	桜子					✓
						✓
						✓
						✓
						✓



**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**





新潟県神谷まさゆき後援会

FAXはこちら▶ **025-281-7735**

※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。



支部名をご記入
ください。

キリトリ線
切り取って
下部を薬局に
掲示して
ください。

提出先：支部へFAXにてご提出ください。

FAX提出の他、Googleフォームでも提出いただけます。



←Googleフォームはこちら