

支援者名簿用紙 記入見本

全ての項目をご記入ください。



薬剤師 ^{かみ や} 神谷まさゆき君を応援しましょう

支援者用

ご紹介者の記入欄		所属団体・支部 新潟	
フリガナ お名前 新谷 太郎	フリガナ お名前 新谷 太郎	電話番号 0252817730	携帯・自宅・勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 〒 新潟県新潟市中央区女池1-3-16		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します。

フリガナ お名前/氏 新谷 花子	フリガナ お名前/氏 新谷 花子	電話番号 025 (XXX) XXXX	携帯・自宅・勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 9500741 新潟市中央区女池 X-X-X		薬剤師の方は ✓印を ご記入ください <input checked="" type="checkbox"/>	
フリガナ お名前/氏 新谷 一花	フリガナ お名前/氏 新谷 一花	電話番号 025 (XXX) XXXX	携帯・自宅・勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 同上		薬剤師の方は ✓印を ご記入ください <input checked="" type="checkbox"/>	
フリガナ お名前/氏 新谷 二郎	フリガナ お名前/氏 新谷 二郎	電話番号 025 (XXX) XXXX	携帯・自宅・勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 同上		薬剤師の方は ✓印を ご記入ください <input checked="" type="checkbox"/>	
フリガナ お名前/氏 高屋野 良男	フリガナ お名前/氏 高屋野 良男	電話番号 025 (XXX) XXXX	携帯・自宅・勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 9500951 新潟市中央区高屋野 X-X-X		薬剤師の方は ✓印を ご記入ください <input checked="" type="checkbox"/>	
フリガナ お名前/氏 高屋野 志	フリガナ お名前/氏 高屋野 志	電話番号 090 (XXX) XXXX	携帯・自宅・勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 同上		薬剤師の方は ✓印を ご記入ください <input checked="" type="checkbox"/>	
フリガナ お名前/氏 高屋野 志	フリガナ お名前/氏 高屋野 志	電話番号 080 (XXX) XXXX	携帯・自宅・勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 同上		薬剤師の方は ✓印を ご記入ください <input checked="" type="checkbox"/>	



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。



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、グーグルフォームでも提出いただけます。



←グーグルフォームはこちら