年　　　月　　　日

　長薬同窓会会長　　殿

　　　　　　　　　　　　寄附者　　郵便番号　　　　　　　　－

 　　 　 住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

 　 　 　 氏　　名　　　　　　　　　　　（卒年　　　　）

 　　　　　　　　　　　（※法人にあっては、法人名及び代表者の職・氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

 　　　　　　　　　　　　（※電話番号は必ず記入して下さい。）

寄　　附　　金　　申　　込　　書

 　　　　１．寄附金額 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

 ２．納入予定日　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　３．納入方法　　　　　　　銀行振り込み　　　郵便振替　　　現金

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※いずれかに〇をお願いします）

白　　衣　　希　　望　　確　　認　　書

１．　白衣の希望　　　　　　　あり　　　なし

２．　白衣のサイズと枚数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **男性用** | 枚数 | **女性用** | 枚数 |
| S |  | S |  |
| M |  | M |  |
| L |  | L |  |
| LL |  | LL |  |
| XL |  | XL |  |

　　　　　　　　　　　　　　（※1口１万円につき１枚、最大10枚まで）

※この申込書は長薬同窓会のホームページからダウンロードできます。