

.....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.....)

(※法人にあつては、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○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。