



薬剤師 本田あきこさんを応援しましょう

STEP

2

支援者名簿

ご紹介者記入欄

フリガナ

紹介者名

勤務先名

支部名または
所属団体名

住所 〒

本田あきこさんの政治活動を
応援していただける方を
紹介してください。

薬局の皆様へ

本田あきこさん
からのメッセージ ▶
動画はこちら



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
住所 〒	自宅・勤務先
住所が勤務先の場合は勤務先名	電話番号 () 携帯・自宅・勤務先
フリガナ お名前／氏	名
住所 〒	自宅・勤務先
住所が勤務先の場合は勤務先名	電話番号 () 携帯・自宅・勤務先
フリガナ お名前／氏	名
住所 〒	自宅・勤務先
住所が勤務先の場合は勤務先名	電話番号 () 携帯・自宅・勤務先

フリガナ お名前／氏	名
住所 〒	自宅・勤務先
住所が勤務先の場合は勤務先名	電話番号 () 携帯・自宅・勤務先
フリガナ お名前／氏	名
住所 〒	自宅・勤務先
住所が勤務先の場合は勤務先名	電話番号 () 携帯・自宅・勤務先
フリガナ お名前／氏	名
住所 〒	自宅・勤務先
住所が勤務先の場合は勤務先名	電話番号 () 携帯・自宅・勤務先

京都府本田あきこ後援会

FAXはこちら▶ 075-525-5550

●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。

www.honda-akiko.jp
