千葉大学薬学部後援会員登録票

※ご記入いただいた情報は，本後援会の目的以外には使用したしません

令和　　年　　月　　日

■　入　会　者（父母又は保証人）

氏名	住所
ふりがな	〒　　－
	（TEL：　　）

■　学　生

受験番号	氏名
	ふりがな

※貼付欄に入会金の入金が確認できるもの（領収書等）を貼付してください。

貼付欄