

平成 年 月 日

賛助会員入会申込書 (法人・団体用)

公益財団法人 難病医学研究財団

理事長 大塚 義治 殿

公益財団法人 難病医学研究財団の目的及び事業に賛同し、下記のとおり申込み致します。

会 費： 口 / 年 額 万円也

入 会 年 月 日： 平成 年 月 日 平成 年度より入会

法人・団体名：

代 表 者
役 職・氏 名：

印

ご 担 当 者
役 職・氏 名：

所 属 部 署：

ご 住 所： 〒

電 話 番 号：

F A X 番 号：

※当財団の機関誌等への氏名の掲載を希望されない場合は□にレを入れて下さい

□ 氏名などの掲載は希望しません

会 費 納 入 日 平成 年 月 日 予定

お 振 込 み 先 該当先に○印をお付け下さい。

	金 融 機 関 名	口 座 番 号
	三 井 住 友 銀 行 麴 町 支 店	普通預金 No.0141426
	み ず ほ 銀 行 神 田 支 店	普通預金 No.1286266
	三 菱 U F J 銀 行 神 田 駅 前 支 店	普通預金 No.1125491
	郵 便 振 替 口 座	No.00140-1-261434

名義はいずれも 公益財団法人 難病医学研究財団 です