

平成 年 月 日

## 賛助会員入会申込書 (個人用)

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： \_\_\_\_\_ 円 / 年 額 \_\_\_\_\_ 万円也

入会年月日： 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 平成 \_\_\_\_\_ 年度より入会

ご 氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

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
<input type="checkbox"/>	三井住友銀行 麹町支店	普通預金 No.0141426
<input type="checkbox"/>	みずほ銀行 神田支店	普通預金 No.1286266
<input type="checkbox"/>	三菱UFJ銀行 神田駅前支店	普通預金 No.1125491
<input type="checkbox"/>	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