

令和 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： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 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 _____ 令和 _____ 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