

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