

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 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いたします。

### 1. 申込者

会	費	:	口
<hr/>			
年	額	:	万円也
<hr/>			
入 会 年 月 日	:	令和 年 月 日	令和 年度より入会
<hr/>			
法 人 ・ 団 体 名			
代表者役職・ご氏名	:		㊟
<hr/>			
ご 担 当 者 様	:		
( 役 職 ・ ご 氏 名 )	:		
<hr/>			
ご 住 所	:	〒	
<hr/>			
電 話 番 号 ・ F A X	:		
<hr/>			

※当財団のホームページおよび機関誌等への氏名の掲載をご希望されない場合は□にレを入れてください。

法人・団体名などの掲載を希望しません

2. 納入予定日 令和 年 月 日 予定

### 3. 振込口座

	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。

4. 受領書等の発行をご希望される場合は□にレを入れてください。

発行を希望します

(注) 受領書の交付を受けた場合は、地方公共団体に報告をする場合があります。