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　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 |  | | | |
| 年額 | ： | 万円也 |  | | | |
| 入会年月日 | ： | 令和　　年　　月　　日 | 令和　　　年度より入会 | | | |
| ふりがな |  |  |  | | | |
| ご芳名 | ： |  | ㊞ | （ |  | 歳） |
| ご住所 | ： | 〒 | | | | |
| 電話番号 | ： |  | | | | |

※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。

□　氏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 |
| □ | 三井住友銀行麹町支店 | 普通預金　№0141426 |
| □ | みずほ銀行神田支店 | 普通預金　№1286266 |
| □ | 三菱UFJ銀行神田駅前支店 | 普通預金　№1125491 |
| □ | 郵便振替口座 | №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。