

FAX 097-551-9051 (送り状不要)

公益財団法人 大分県臓器移植医療協会賛助会費・寄付金 申込書

法人名・氏名等

ご担当者名

TEL

申込日 年 月 日

賛助会費 法人 会員名をホームページ等で原則公開します。*非公開希望の際は□に✓印をお願いします。

法人名		非公開希望	<input type="checkbox"/>
役職名			
氏名			
所在地	〒	—	
口数		口	円 *1口につき年額10,000円

賛助会費 個人 会員名をホームページ等で原則公開します。*非公開希望の際は□に✓印をお願いします。

氏名		非公開希望	<input type="checkbox"/>
氏名		非公開希望	<input type="checkbox"/>
住所	〒	—	
口数		口	円 *1口につき年額2,000円

寄付金 法人名/氏名をホームページ等で原則公開します。*非公開希望の際は□に✓印をお願いします。

法人名		非公開希望	<input type="checkbox"/>
役職名			
氏名		<input type="checkbox"/> 法人にて寄付	<input type="checkbox"/> 個人にて寄付
所在地 (住所)	〒	—	
金額		円	*金額に制限はございません。

*申込書はFAXにてご送付ください。みなさまの温かいご支援をお待ちしております。

賛助会費・寄付金 送金先

同封振込用紙 (大分銀行・手数料不要)

大分銀行県庁内店 普通 195410 公益財団法人 大分県臓器移植医療協会

【お問合せ先・事務局】 TEL 097-552-3936