

FAX送信状

送付先：NPO 法人

「長崎県地域医療の研究支援を目的とした医師団」行
(TEL/FAX：095-843-8414)

※ご記入頂いた個人情報
は責任をもって事務局にて適切に
保管・管理を致します。資料の送付、
又は法令等に基づく場合以外に
利用することはございません。

寄付金申込書

下記に必要事項をご記入下さい。

*のマークは必須項目ですが、その他の項目は任意となります。

令和 年 月 日

*ふりがな
*ご氏名
ご自宅住所 〒
電話番号： - - FAX： - - E-mail：
ご勤務先 ※法人や団体でのご寄付の場合は必ずご記入下さい。
会社名
ご勤務先住所 〒
電話番号： - - FAX： - - E-mail
資料等の郵送 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※希望される場合の郵送先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ご勤務先 資料等の郵送項目で資料郵送希望をお選びいただいた方には活動に係る報告書などを送付させていただきます。
差し支えがないようでしたら、ご寄付の金額についてもご解答下さい。

銀行振込

銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名
十八親和銀行	大学病院前支店	普通	210757	(特)長崎県地域医療の研究支援を目的とした医師団
ゆうちょ	口座番号 01720-0-117010		口座名	長崎県地域医療の研究支援を目的とした医師団

※他の金融機関からゆうちょへお振込の場合は、179店(当)0117010 となります。