寄付金受付書

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総会のご案内やその他活動に係る報告書などを送付させて頂きます。

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。

（※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。）

平成　　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　　□希望する　　□希望しない ※希望される場合の郵送先　　□ご自宅　　□ご勤務先
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

十八銀行　大学病院前支店　普通　210757　（特）長崎県地域医療

親和銀行　浦上支店　普通　1494728　長崎県地域医療の研究支援

郵便振替：　口座番号　加入者名

01720-0-117010　長崎県地域医療の研究支援