

入金確認書

✓ チェックでお選びください。

種別	<input type="checkbox"/> 会費：年間 120,000 円（月 10,000 円）
	<input type="checkbox"/> <u>会費</u> ：年間 120,000 円（月 10,000 円） <u>および寄付</u> ：寄付：_____口/月 ※一口…2,000 円（月）
入金	<input type="checkbox"/> 年一回（一括）の口座振込み <input type="checkbox"/> その他：_____
	<input type="checkbox"/> 入会当月より入金 <input type="checkbox"/> 年度初め（7 月）より入金
	<input type="checkbox"/> その他：_____より入金
利用機関	<input type="checkbox"/> 十八銀行 <input type="checkbox"/> 親和銀行 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行
領収証	<input type="checkbox"/> 要 → 発行先名称： _____ <input type="checkbox"/> 不要
	*領収証が必要な場合のみご記入下さい。 会計期間：_____月 ～ _____月
以上のとおり、会費（および寄付）を入金いたします。	
御住所	
御氏名	
_____ 印	

【お問い合わせ等】

NPO 法人
「長崎県地域医療の研究支援を目的とした医師団」
理事長 泉川 欣一

【事務局】 〒852-8501 長崎県長崎市坂本 1-7-1
長崎大学病院第二内科医局内
TEL & FAX (095) 843-8414