

賛助会員入会申込書

特定非営利活動(NPO)法人「関西健康・医療学術連絡会」

理事長 井村裕夫殿

特定非営利活動(NPO)法人「関西健康・医療学術連絡会」の運営活動の趣旨に賛同し、
下記のとおり賛助会員として入会いたしたく申し込みます。

申込口数 _____ 口(年額一口100,000円)

金額 _____ 金 _____ 円也

企業(団体)名 _____

代表者名 _____
役職・氏名 _____ (印)

ご担当者名 _____ (印)

所在地 (〒 _____ - _____) _____

電話番号 _____

Fax番号 _____

E-mail _____

URL _____

* 当NPO法人の公式サイトでの賛助会員名簿への記載を希望しない。 掲載を希望しない場合のみチェックしてください。

払い込み予定期日 _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろに払い込みます。

賛助会費申込書送付先

- ① Fax送付 075-705-2496
- ② 郵送 〒606-0001 京都府京都市左京区宝ヶ池
公益財団法人国立京都国際会館内659号室
特定非営利活動(NPO)法人
「関西健康・医療学術連絡会」事務局
- ③ 添付書類 事業案内、会社案内(各2部)

賛助会費払い込み方法

下記銀行振り込み(手数料はご負担ください)をご利用ください。

三菱東京UFJ銀行 聖護院支店(445) 普通預金 口座番号0130171 受取人名 NPO法人関西健康・医療学術連絡会 事務局長 中村泰三

注1 賛助会費口数について

3月末日までに特段のお申し越しのないかぎり、前年度と同口数の会費を次年度にご請求させていただきます。

注2 個人情報について

ご返信いただきました、お名前、ご連絡先などの個人情報は本NPO法人の運営する目的以外には利用いたしません。また、第三者への開示は行ないません。