

《日中医学交流会議2019東京》寄附申込書

公益財団法人 日中医学協会
理事長 殿

寄附金 金 _____ 円

上記の金額の寄附を申し込みます。

_____年 _____月 _____日

法人名 _____ (印)
代表者 役 職 _____
(フリガナ)
氏 名 _____
担当者 部署名 _____
役 職 _____
(フリガナ)
氏 名 _____
住 所 〒 _____
_____ _____
_____ _____
電 話 _____
F A X _____
E-MAIL _____

振込予定日 _____年 _____月 _____日

振込み先 三菱UFJ銀行 神田支店
普通預金 1100089
口座名義 ザイ) ニッチュウイガクキョウカイ
公益財団法人 日中医学協会

- *注記 1) 領収証は上記担当者にお送りいたします。
2) 寄附金等取扱規程第3条第1項第3号に定める特別寄附金として《日中医学交流会議2019東京》に使用します。