　学術集会寄付金申込書

公益財団法人臨床研究奨励基金

理事長　　西　村　 良　二　　様

　　　寄付金額：　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　上記の金額の寄付を申し込みます。

なお、寄付金の使途並びに管理運用等についてご希望がある場合は、以下にその旨

　　　ご記載下さい。※募集要項の右上№及び募金の名称をお書きください

　　　募集要綱№：　学術集会―№

　　　募集要綱募金の名称：「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」

の諸費用として

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　御　団　体　名　（個人様の場合は、ご記入は不要です。）

　　　　　御　芳　名　（ふりがな）

（法人様の場合は、代表者の役職・御芳名をご記入ください。）

　御　住　所　〒

　　　　　　　TEL

FAX

　　　　　　　E-mail

お振込予定日　　　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

銀行振込先　 振込口座：福岡銀行　本店　普通　3792738

口座名：公益財団法人臨床研究奨励基金

　ｻﾞｲ)ﾘﾝｼｮｳｹﾝｷｭｳｼｮｳﾚｲｷｷﾝ