

寄附申込書

申込日 年 月 日

一般社団法人メディポリス医学研究所 御中

一般社団法人メディポリス医学研究所の事業趣旨に賛同し、
下記の金額を寄附いたします。

1. 寄附額： _____ (口) _____ 円

【法人様】1口10万円から

【個人様】1口1万円から

2. 納付申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 納付の方法：銀行振込にてお願い申し上げます。

お振込み手数料は当法人にて負担させていただきます。

【個人様】

(ご住所) 〒 _____

(ご氏名)

印

(お電話番号) _____

(FAX 番号) _____

(E-mail) _____

【法人様】

(ご住所) 〒 _____

(法人名)

(役職名)

(ご氏名)

印

(お電話番号) _____

(FAX 番号) _____

(E-mail) _____

【ご提供いただいた個人情報は、個人情報保護に関する法令、規範および当法人諸規程に則り適正に管理いたします。】