

↑ 申込み FAX: 075-366-3334

NPO 法人 地域医療・介護研究会 JAPAN 寄付金申込書

LMC の活動趣旨に賛同し、下記の金額を運営および活動支援資金として寄付します。

申込日 年 月 日

寄 付 金		金 円
寄付お申込み		*いずれかを○で囲んでください。 個人 ・ 法人
個人	氏 名	
法人	法 人 名	
	所 属	
	ご担当者名	
ご住所		〒
電話番号(内線)		(内線)
FAX番号		
E-mail		
振込口座 * 右記のいずれかの口座をお選びいただき、□に✓を入れてください。		<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 【口座番号】 14410 - 52031871 【口座名義】 特定非営利活動法人 地域医療・介護研究会 JAPAN * 他金融機関から振込む場合は 【支店名】四四八 【口座番号】(普)5203187 口座名義:トクヒ)チイキイリョウカイゴケンキュウカイジャパン
領収書の送付		<input type="checkbox"/> 領収書の送付を希望します。 * 領収書を希望する方は✓を入れてください

<申し込み書送付先>

NPO 法人 地域医療・介護研究会 JAPAN

FAX:075-366-3334 メール:info@lmc-japan.jp

I(エル)m(エム)c(シー)-(ハイフン)

* ご個人情報は、当法人個人情報保護の方針に基づいて適切に管理いたします。