

特定非営利活動法人「こども医療ネットワーク」加入申し込み書

年 月 日

特定非営利活動法人
「こども医療ネットワーク」
理 事 長 殿

特定非営利活動法人「こども医療ネットワーク」に団体・法人賛助会員として入会したい
ので()口分の年会費を添えて申し込みます。

郵便番号 _____
所在地 _____

連絡先電話番号	連絡先ファクス番号
ふりがな	
団体名または 法人名	
ふりがな	ふりがな
事業主または 代表者名	ご担当者名
	ご担当者メールアドレス

※年会費:1口 120,000円/年

加入者番号		事業内容	
注			
加入年月日	年 月 日	賛助金額	

注:記入不要です

<会費振込先>

鹿児島銀行 高見馬場支店 普通預金 口座番号:1743637 口座名義人:特定非営利活動法人こども医療ネットワーク

ゆうちょ銀行

口座番号:01710-0-144448 口座名義人:特定非営利活動法人こども医療ネットワーク

※専用の振込用紙等をご用意しておりませんので、各金融機関指定の振込み用紙をご利用になるか、自動預払機(ATM)をご利用ください。ATMをご利用になられた方が、振り込み手数料がお得な場合がありますので、各金融機関窓口でご確認ください。

本部: 〒890-8520

鹿児島市桜ヶ丘8-35-1 鹿児島大学病院小児診療センター小児科内

TEL:099-275-5354 FAX:099-265-7196

申し込み方法:入金と同時に本申込書をFAXで事務局までお送り頂ければ幸いです。確認後、事務局から連絡いたします。

※「特定非営利活動法人こども医療ネットワーク」は「個人情報の保護に関する法令・その他規範」を遵守し個人情報の保護に努めます。
※ご担当者様のお名刺をFAXでいただければ幸いです。