

認定特定非営利活動法人「こども医療ネットワーク」寄付申込書

年 月 日

認定特定非営利活動法人
「こども医療ネットワーク」
理 事 長 殿

〒	
住 所	
電 話	
FAX	
E-mail	
(ふりがな)	
氏 名	

認定特定非営利活動法人「こども医療ネットワーク」の趣旨に賛同し、次の事業に
(円)を寄付いたします。 ○ 印をおつけ下さい

1) 患者の生活や治療のサポート事業	3) 研修事業
2) 各種相談事業	4) 講演会、コンサート等、福祉活動の啓発に係る事業

番 号 (注)	ご職業又は会社名 (ご記入頂ける場合のみ)	
送金年月日	年 月 日	
紹 介 者	有 無	有の場合 → 紹介者名

(注): 記入不要です

***** 《 この線より上の部分をご記入の上FAX・お振り込みお願い致します 》 *****

< 振 込 先 >

銀行名	支店名	種類	口座番号	口座名義人
鹿児島銀行	高見馬場支店	普通	1743637	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			01710-0-144448	特定非営利活動法人こども医療ネットワーク

ゆうちょ銀行の振り込み用紙は準備しております。

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

事務局 電 話 099-275-5354

FAX 099-265-7196

※「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。