

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 殿郵便番号
_____所在地
_____電話番号
_____ファクス番号
_____メールアドレス
_____(ふりがな)
_____氏名

特定非営利活動法人「こども医療ネットワーク」に個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。

※年会費:1口 12,000円/年

加入者番号	支障なければご職業
注	

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。

事務局: 〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1 鹿児島大学病院小児科内 TEL 099-275-5354

*手続きは、会費納入とともに事務局に本申込書をFAX(099-265-7196)していただければ結構です。

※「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

FAX : 099-265-7196