

# 教室（医局）・病院（医院）会員加入申込書

公益財団法人 日本心臓財団 御中

貴財団の賛助会に加入し、下記の年会費を納入します。（一口 5 万円）

年会費 金 \_\_\_\_\_ 円也（但し 口分）

令和 年 月 日

貴大学・病院名 \_\_\_\_\_

代表者ご芳名 \_\_\_\_\_

〒

所在地 \_\_\_\_\_

取扱教室（医局）・部署（科）名 \_\_\_\_\_

取扱ご担当者

（ 職 名 ） \_\_\_\_\_

（ お名前 ） \_\_\_\_\_

（ 電話番号 ） \_\_\_\_\_

お支払時期 令和 年 月 日頃

（分割でのお支払いを希望される場合は、ご連絡ください。）

振込先

次のいずれかにレ印を付け、お振込みください。名義はいずれも

ザイニホンシンゾウザイダン

公益財団法人日本心臓財団です。

三井住友銀行 丸ノ内支店 普通貯金口座 0801474

三菱UFJ銀行 丸の内支店 普通預金口座 4025878

ゆうちょ銀行 一般振替口座 00140-3-173597

（ゆうちょ銀行 〇一九（ゼロイチキュウ）店 当座 0173597）