

団体会員申込書

公益財団法人 日米医学医療交流財団

会長 清水 一功 殿

私は、公益財団法人日米医学医療交流財団の設立の趣意に賛同し、その事業に
参画するため、

年 _____ 口 _____ 万円 (10 万円/1 口)

の会費を納入し、団体会員となることを申し込みます。

年 月 日

(フリガナ)

団体名称

(フリガナ)

代表者役職・氏名

所在地 〒 _____

TEL

FAX

*個人会員申込は、別途専用用紙にご記入下さい。

お振込先 下記のうち該当機関に○印をお願い致します。

1. りそな銀行 本郷支店 普通 1347672

2. 郵便振替 00110-6-413507

口座名 公益財団法人 日米医学医療交流財団

お振込予定日 年 月 日 頃

ご担当者 所属 (部/課/役職)

氏名

TEL

FAX

e-mail

(紹介者氏名)