

個人会員申込書

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旨に賛同し、その事業に
参画するため、下記のとおり会費を納入し、個人会員となることを申込みます。

申込日 年 月 日

(フリガナ)
氏 名

生年月日： 年 月 日

所 属： _____
役 職： _____

勤務先住所： 〒 _____

TEL： FAX：

自宅住所： 〒 _____

TEL： FAX：

E-mail： _____

書類等送付希望先（何れか○）： 勤務先 ・ 自宅

会費（金額をご記入下さい）毎年 ____口 ____万円（2万円／1口）

お 振 込 先 下記のうち該当機関の番号に○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

ご紹介者氏名： _____