

テロメア最先端医療医学学会 寄付金申込書

一般社団法人
テロメア最先端医療医学学会 御中

一般社団法人テロメア最先端医療医学学会の活動趣旨に賛同し、下記の通り寄付します。

年 月 日

記

1. 寄付金額 金額 金 _____ 円

2. 寄付金振込予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 御芳名

御 芳 名 (御団体名)	ふりがな		
御 住 所	〒 _____		
	Tel.		Fax.
	E-mail		
御担当者名	ふりがな		
所属部署		役 職	

ご芳名（法人名）の公開については、（a. 公開して構わない b. 非公開を希望）

※いずれかに○をお付けください

■ 振込先口座

銀行支店：みずほ銀行 浜松町支店
口座番号：普通 1581083
口座名義：社) テロメア最先端医療医学学会
 シャ) テロメアサイセンタインリョウイ

■ 申込書送付先

一般社団法人テロメア最先端医療医学学会
事務局 寄付金担当宛
〒104-0061
東京都中央区銀座 8-18-4 THE FORME GINZA 8F
Tel. 03-6264-7056 Fax.03-6264-7067
E-mail info@telomere.or.jp