寄附申込書（法人用）

ＦＡＸ：０６－ ６３０９－ ７５３５
公益社団法人 臨床心臓病学教育研究会 宛

年　　月　　日

貴法人の活動に賛同し、下記の通り寄附を申し込みます。

寄付金額　　円也

振込予定日　　年　　月　　日頃

貴社名			
所在地 (郵便物送付先)	〒		
ご担当部署		ご担当者名	
電　話		Ｆ　Ａ　Ｘ	
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			

【振込先】※誠に恐れ入りますが、振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。
（銀行名・口座番号）　りそな銀行 新大阪駅前支店 普通預金 No.2558954
（ 口 座 名 義 ）　公益社団法人 臨床心臓病学教育研究会
シヤ）リンショウシンゾウビヨウガクキヨウイクケンキユウカイ

【貴社名のホームページ等への掲載について】下記項目にレをご記入下さい。
ニュースレター（当法人広報誌）　□掲載を希望　□掲載を希望しない
ホームページ　□掲載を希望　□掲載を希望しない
★ロゴマーク等の掲載をご希望の場合は、
別途ジェックス事務局までデータをメールでお送り下さい。

【ご連絡先】
公益社団法人臨床心臓病学教育研究会
（略称：ジェックス）事務局
〒532-0011 大阪市淀川区西中島４－６－１７
新大阪シールビル 4 階
電話：06-6304-8014 ＦＡＸ：06-6309-7535
Mail:office@jeccs.org