

## 寄附申込書（個人用）

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

ご芳名			
ご住所	〒		
電 話		F A X	
メールアドレス			

【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） リンシヨウシンゾウビヨウガクキョウイクケンキユウカイ

【寄附証明書・領収書】 下記項目にレをご記入下さい。  
領 収 書           送付希望           送付不要  
税額控除証明書   送付希望           送付不要

【ご寄付者名のホームページ等への掲載について】  
ご了解いただいた方のお名前を当法人のホームページ等に掲載いたします。  
掲載の可否を下記にご記入下さい。  
・ 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

【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