# 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。

寄附金額　　円也

振込予定日　　年　　月　　日頃

| | | | |
|---|---|---|---|
| 貴社名 | | | |
| 所在地<br>(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 | | | |

**【寄附金振込方法】** 下記のいずれかにレをご記入下さい。

※ｸﾚｼﾞｯﾄｶｰﾄﾞでのご寄附の場合、本申込書は不要です。ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞから直接お手続きください。

※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。

□銀行振込

（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ョウガクキョウイクケンキユウカイ

□郵便振替（郵便局備付の「払込取扱票」をご利用ください。記入例はｼﾞｪｯｸｽﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞをご覧ください。）

（口座記号番号）　00960-3-43933

（加 入 者 名）　ジェックス事務局

**【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