

# 寄附申込書(法人・団体)

特定非営利活動法人 日中医学交流センター 御中

貴センターの趣旨に賛同し下記金額を寄附いたします。

金 \_\_\_\_\_ 円也

お申込日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

貴社名 \_\_\_\_\_

代表者ご芳名 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

取扱部署名 \_\_\_\_\_

ご担当者  
(職名・お名前) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

(FAX 番号) \_\_\_\_\_

(メールアドレス) \_\_\_\_\_

お支払時期 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃

寄附金お振込先	みずほ銀行 新宿南口支店
	店番号:069
	普通預金口座番号:1677443
	名義:特定非営利活動法人日中医学交流センター トクヒ)ニッチュウイガクコウリュウセンター
寄附に際してご要望、ご意見がございましたら以下にお書きください。	