

寄付申込書

年 月 日

一般社団法人ヘルスケアマネジメント協会

貴協会の趣旨に賛同し、下記の通り寄付します。

ふりがな	
氏名・団体名・社名	
住所又は所在地	〒 ー (TEL) (FAX)
代表者又は責任者 ※団体・法人で申込みの場合	(部署名及び役職名) (氏名)
寄付金額	円
お支払日	年 月 日 頃
担当者 (連絡先) ※団体・法人で申込みの場合	(部署名及び役職名) (氏名) (TEL) (FAX)
支払方法	<input type="checkbox"/> 振込 福井銀行 文京支店 普通6089620 一般社団法人ヘルスケアマネジメント協会 シヤ)ヘルスケアマネジメントキョウカイ <input type="checkbox"/> 振込 ゆうちょ銀行 準備中 <input type="checkbox"/> クレジットカード払い <input type="checkbox"/> 手渡し
左記に該当する場合は☑をご記入下さい	・当協会のWEBサイト等での「寄付者の公表掲載を (<input type="checkbox"/> 希望しない) 「匿名希望」 ・寄付後、受領証(領収書)の発行を (<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)

当協会では、ご記入いただきました情報は、寄付者業務で使用するほか、場合によっては当協会が開催するセミナー等のご案内やアンケートの実施をさせていただく場合がございます。あらかじめご了承ください。
当協会では、お客様の個人情報を厳重に管理しておりますので外部に開示することは一切ございません。

(協会記載欄)

本部記載欄

担当