

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 御中

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	☐ 振込 福井銀行 文京支店 普通6089620 ☐ 振込 ゆうちょ銀行 店番338 店名三三八 普通1616127 シヤ) ヘルスケアマネジメントキョウカイ ☐ クレジットカード払い (当協会WEBサイトからお手続きください) ☐ 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 (☐ 希望しない) 「匿名希望」 ・寄付後、受領証 (領収書) の発行を (☐ 希望する ☐ 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