

FAX:095-819-7379

年 月 日

第 24 回日本救急医学会九州地方会
会長 高山 隼人 殿

第 24 回日本救急医学会九州地方会
寄付金 申込書

第 24 回日本救急医学会九州地方会の目的、事業に賛同し、その運営資金として下記の金額を
寄付いたします。

氏名又は法人名 (領収書宛名)			
担当部署名 (法人の場合)		担当者名 (法人の場合)	
住所	〒 ー		
TEL		FAX	
E-mail			

※印刷物などに表記させていただく場合がございます。会社名は正式名称でご記入ください

◆寄付金額

金額 _____ 円

◆払込方法

一括払 年 月 日

分割払 (第 1 回) 年 月 日

(第 2 回) 年 月 日

(第 3 回) 年 月 日