

寄附申込書

平成 年 月 日

(公財) 日本アレルギー協会 関西支部

支部長 東田 有智 様

申込者

個人氏名 又は団体名 : _____

代表者氏名・役職名(団体の場合) _____ 印

住所(〒 -): _____

e-mail: _____

TEL: _____ FAX: _____

団体の連絡先(領収書等の送付先)

担当者氏名: _____ 所属・役職名: _____

住所(〒 -) _____

TEL: _____ FAX: _____

今般、「第36回日本小児臨床アレルギー学会」運営費用への支援として
下記金額の寄附を申込ます

記

1.金 額 : ¥ _____ 円也

2.件 名 : 第36回日本小児臨床アレルギー学会

会長 土生川 千珠

(独立行政法人 国立病院機構南和歌山医療センター小児アレルギー科)

3.振込予定日 : 2019年 月 日

お振込みは下記の口座へお願いいたします。



三井住友銀行: 豊中支店

普通預金: NO: 7414339

口座名: 公益財団法人日本アレルギー協会 関西支部

大変恐縮でございますが、整理の都合上お振り込みいただく前に

本寄附申込書を下記宛に Fax にてお送り下さいますようお願い申し上げます。

公益財団法人日本アレルギー協会関西支部 Fax : 072-624-4284

なお、申込は公益財団法人日本アレルギー協会関西支部 HP でも受け付け

ております。 <http://allergie-kansai.jp/publics/index/39/>