

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、大阪食物チャレンジネットワークの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 : 大阪食物チャレンジネットワーク運営支援寄附金
会長 亀田 誠(大阪はびきの医療センター小児科・主任部長)
3. 振込予定日 : 平成 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: 7370375 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