

# 賛助会員入会申込書

特定非営利活動(NPO)法人「関西健康・医療学術連絡会」  
理事長 橋本信夫殿

特定非営利活動(NPO)法人「関西健康・医療学術連絡会」の運営活動の趣旨に賛同し、  
下記のとおり賛助会員として入会いたしたく申し込みます。

申込口数 \_\_\_\_\_ 口(年額一口100,000円)

金額 \_\_\_\_\_ 金 \_\_\_\_\_ 円也

企業(団体)名 \_\_\_\_\_

代表者名  
役職・氏名 \_\_\_\_\_ (印)

ご担当者名 \_\_\_\_\_ (印)

所在地 (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

Fax番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

URL \_\_\_\_\_

\* 当NPO法人の公式サイトでの賛助会員名簿への記載を希望しない。  掲載を希望しない場合のみチェックしてください。

払い込み予定期日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろに払い込みます。

## 賛助会費申込書送付先

- ① Fax送付 075-705-2496
- ② 郵送 〒606-0001 京都府京都市左京区宝ヶ池  
公益財団法人国立京都国際会館内659号室  
特定非営利活動(NPO)法人  
「関西健康・医療学術連絡会」事務局
- ③ 添付書類 事業案内、会社案内(各2部)

## 賛助会費払い込み方法

下記銀行振り込み(手数料はご負担ください)をご利用ください。

三菱東京UFJ銀行 聖護院支店(445)  
普通預金 口座番号0130171  
受取人名 NPO法人関西健康・医療学術連絡会  
事務局長 中村泰三

### 注1 賛助会費口数について

3月末日までに特段のお申し越しのないかぎり、前年度と同口数の会費を次年度にご請求させていただきます。

### 注2 個人情報について

ご返信いただきました、お名前、ご連絡先などの個人情報は本NPO法人の運営する目的以外には利用いたしません。また、第三者への開示は行ないません。