

公益財団法人鹿児島県角膜・腎臓バンク協会賛助会員入会申込書

公益財団法人鹿児島県角膜・腎臓バンク協会事業の趣旨に賛同し、賛助会員入会を申し込みます。

※該当項目にレをつけてください。

【法人会員】() 【個人会員】()

【法人+個人会員】()

○1口当たりの年会費

口 数 _____ 口

年会費 _____ 円

区 分	金 額
法人会員	10,000円
個人会員	2,000円

平成 年 月 日

公益財団法人

鹿児島県角膜・腎臓バンク協会 理事長 殿

申 込 者

ふりがな
御芳名 _____

住 所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

E-mail _____

※該当欄にレを記載願います。

会員名をホームページおよび機関誌にて公開することに

同意する

同意しない

※本申込書はFAXにてご返送ください（FAX番号：099 - 295 - 6421）

（事務局記入欄 申込番号： _____ ）