

公益財団法人鹿児島県移植医療アイバンク推進協会賛助会員入会申込書

公益財団法人鹿児島県移植医療アイバンク推進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

令和 年 月 日

公益財団法人

鹿児島県移植医療アイバンク推進協会 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: \_\_\_\_\_ )