

F A X 番号 : 03-5542-1554

平成 年 月 日

一般社団法人日本乳癌学会御中

貴学会の趣旨に賛同し

下記のとおり寄付を申込みます。

法人名・個人名 _____ 印

代表者名 (法人の場合のみ) _____ 印

住所〒

電話番号

メールアドレス

1. 寄付金額 金 _____ 円

2. 振込先 (振込予定日 平成 年 日)
みずほ銀行 (店番号 001) 普通預金口座 1 4 5 6 9 7 5
口座名 : 日本乳癌学会 代表 中村清吾

3. 用途について (任意)

4. 該当する項目を選んでください。

会員 準会員 患者/ご家族 企業 その他

※ご記入いただきました個人情報、当該寄付にかかわる業務以外には使用しません。

ご寄付ありがとうございました。