

寄附金等申込書

令和 年 月 日

公益財団法人日本ヘルスケア協会

御中

下記により、寄附の申込みをします。

1. 貴社名・ご芳名、ご連絡先

(1) 法人の場合

- ① 貴社名：
- ② 所在地：
- ③ご担当部署名：
- ④ご担当者名：
- ⑤電話番号：

(2) 個人の場合

- ①ご芳名：
- ②ご住所：
- ③電話番号：

2. ご寄附金額

金 円

3. ご送金方法

- ①銀行振込み（銀行名： 振込み予定日： ）
- ②郵便為替
- ③その他（ ）

4. ご寄附者名の公表の可否

- ①協会ホームページ掲載：可・否（どちらかを○で囲んでください）
- ②JAHl ニュース・リリース掲載：可・否（ 同上 ）
- ③年次大会等での公表
- ④一切公表しない

5. 通信欄：

～ご協力ありがとうございました～

○ 振込み先

銀行振込み：みずほ銀行新横浜支店＜普通＞1709660

公益財団法人日本ヘルスケア協会

○ お問合わせ先

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-15-10 名和ビル3階

TEL 03-5157-3341（佐藤）

FAX 03-3504-8103

協会ホームページ：<http://www.jahi.jp>

事務局 電子メール：info@jahi.jp