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 　　　　　　　　　　　　　　　　　（2）個人の場合

① 貴社名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　①ご芳名：

② 所在地： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②ご住所：

③ご担当部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　③電話番号：

④ご担当者名：

⑤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）

②JAHI 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

ザイ）ニホンヘルスケアキョウカイ

○ 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

TEL０３－５１５７－３３４１（佐藤）　FAX０３－３５０４－８１０３

 協会ホームページ：http://jahi.jp

 事務局 電子メール：info@jahi.jp