

病院（医院）会員加入申込書

公益財団法人 日本心臓財団 御中

貴財団の賛助会に加入し、下記の年会費を納入します。（一口 5 万円）

年会費 金 _____ 円也（但し 口分）

平成 年 月 日

貴病院（医院）名 _____

代表者ご芳名 _____
〒

所在地 _____

取扱部署（科）名 _____

取扱ご担当者
（ 職 名 ） _____

（ お名前 ） _____

（ 電話番号 ） _____

お支払時期 平成 年 月 日頃

（分割でのお支払いを希望される場合は、ご連絡ください。）

振込先

次のいずれかにレ印を付け、お振込みください。名義はいずれも

ザイニホンシンゾウカイドン

公益財団法人日本心臓財団です。

三井住友銀行 丸ノ内支店 普通貯金口座 0801474

三菱東京 UFJ 銀行 丸の内支店 普通預金口座 4025878

ゆうちょ銀行 一般振替口座 00140-3-173597

（ゆうちょ銀行 〇一九（ゼロイチキョウ）店 当座 0173597）