様式第１号―②（第３条関係）

賛 助 会 員 入 会 申 込 書

年　　月　　日

公益財団法人白浜医療福祉財団

理事長　井澗　　誠　様

公益財団法人白浜医療福祉財団　骨リウマチ疾患探索研究所の賛助会員として入会したいので、下記により申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 入会の年月 | 年　　　　　月から |
| 団体名(会社名) | ふりがな |
|  |
| 代表者（役職・御芳名を記入ください） |  |
| 担当部課案内書等送付先 |  |
| 担当者名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| Ｅ－mail（担当者） |  |
| ＵＲＬ | http:// |
| 会費の口数 | 　　口  | （1 口/団体会員 150,000 円）※入会が10月以降になるときは、初年度会費は半額になります。 |
| 賛助会員の団体名をホームページ等で公表することについては、 | □希望する | □希望しない |

会費の入金方法を指定してください。

　□現金　　　　　□銀行振込（近畿労働金庫）　　　　□現金書留

1.銀行振込の場合は、下記口座へお振込みをお願いします。

振 込 先: 近畿労働金庫　田辺支店　普通　口座番号２９００１４０

口座名義: 公益財団法人白浜医療福祉財団 理事長 井澗 誠

カタカナ略称: ｺｳｴｷｻﾞｲﾀﾞﾝﾎｳｼﾞﾝｼﾗﾊﾏｲﾘｮｳﾌｸｼｻﾞｲﾀﾞﾝ ﾘｼﾞﾁｮｳ ｲﾀﾆﾏｺﾄ

2.現金書留

次の住所へご郵送ください。

〒649-2211　和歌山県西牟婁郡白浜町1447　白浜はまゆう病院内
公益財団法人白浜医療福祉財団　骨リウマチ疾患探索研究所