様式第１号―①（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 |
| 氏　名 | ふりがな | 性別 |
|  | 男　・　女 |
| 住　所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅ－mail |  |
| 会費の口数 | 　　　口 | （1 口/個人会員 10,000円）※入会日が10月以降になるときは、入会初年度は半額となります。 |
| 賛助会員のお名前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