

F A X 番号 : 03-5542-1554

西暦

年

月

日

一般社団法人日本乳癌学会御中

貴学会の趣旨に賛同し

下記のとおり寄付を申込みます。

法人名・個人名 _____ 印

代表者名（法人の場合のみ） _____ 印

住所〒

電話番号

メールアドレス

1. 寄付金額 金 _____ 円

2. 振込先 (振込予定日 西暦 年 月 日)

みずほ銀行 東京営業部 (店番号 001) 普通預金 1 4 5 6 9 7 5

口座名 : 日本乳癌学会 代表 石田孝宣

3. 使途について (任意)

4. 該当する項目を選んでください。

☐ 会員

☐ 準会員

☐ 患者/ご家族

☐ 企業

☐ その他

※ご記入いただきました個人情報、当該寄付にかかわる業務以外には使用しません。

ご寄付ありがとうございました。