申込先：一般社団法人　日本老年薬学会　事務局

E-Mail: info@jsgp.or.jp

FAX：03-5620-1960

　　　申込日： 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　賛助会員申込書

 ■申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名団体名 | フリガナ |
|  |
| 住所 | 〒 |
| ご担当者 | 所属部署： | 氏名 | フリガナ |
| 役職： |  |
| ＴＥＬ： | ＦＡＸ： |
| Ｅ‐ｍａｉｌ： |

※住所欄には、ご担当者様の住所をご記入ください。

※ご記入いただいた個人情報については、本会からのご連絡以外には利用いたしません。

■申込内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　■請求書ご希望の有無

※希望の口数をご記入ください。（１口１０万円）

有　　　　・　　　無

|  |
| --- |
| 口 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　■請求書の郵送先

上記と同じ　・　上記と異なる

※上記と異なる場合のみ、以下にご記入下さい。

（宛先）

　　　　　　　　　　　　　　　様　宛て

（住所）

〒

|  |
| --- |
| 円 |

■振込先

ゆうちょ銀行　〇一九店(019)

口座番号 ：当座預金　0487060

口座名義　：一般社団法人日本老年薬学会

|  |
| --- |
| 振込予定日　令和　　　年　　　　　　月　　　　　日振込依頼人名 |