

寄付金申込書

申込日： 年 月 日

金 円也

趣旨に賛同して、上記金額を第97回日本薬理学会年会の準備、及び運営経費として寄付致します。

貴団体名	フリガナ
代表者氏名	
ご担当者様	住所 〒
	ご担当部署名：
	フリガナ： ご担当者名：
TEL/FAX	
E-mail	
振込予定日	月 日頃振込みます
掲載希望の有無	<p>*ミニプログラム集などの印刷物に「協賛一覧」として貴団体名または個人名を掲載させていただき予定です。上記には正式名称をご記入ください。また、掲載の希望・不要につき、何れかにチェックを入れてください。なお、10月以降にお申込み頂いた場合は、プログラム集に掲載できない場合がございます。予めご了承ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する（希望される場合の記載名称：<input type="checkbox"/>上記貴団体名 <input type="checkbox"/>上記個人名 <input type="checkbox"/>その他） その他に希望される記載名称（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>希望しない</p>

<p>申込書送付先・お問合せ： 公益社団法人 日本薬理学会 〒113-0032 東京都文京区弥生 2-4-16 TEL: 03-3814-4828 FAX: 03-3814-4809 E-mail: society@pharmacol.or.jp</p>
<p>お振込先： 銀行名：みずほ銀行 本郷支店 (店番：075) 口座番号：普通預金 2892040 口座名：公益社団法人日本薬理学会 理事長 赤羽 悟美 (コウエキヤダノホウジンニホンヤクリガクカイ リジチヨウ アカネ サトミ)</p>
<p>通信欄</p>

※ご記入いただいたご住所、及びメールアドレスに各種資料をお送りします。

※お預かりします個人情報につきましては、本年会のご案内以外には使用いたしません。

事務局欄：受付日 受付番号：