

精巣腫瘍患者友の会事務局 FAX 番号：06-6886-3387

精巣腫瘍患者友の会事業活動
寄付金申込書

精巣腫瘍患者友の会の活動趣旨に賛同し、下記金額を事業助成のための資金として寄付致します。

金 _____ 円

振込方法： _____ 銀行 _____ 支店を通じて _____ 月 _____ 日頃振込みます。

ご芳名 (個人の場合)	
貴社名※ (企業の場合)	
ご所属名※ (企業の場合)	
ご担当者名※ (企業の場合)	
E-mail	
ご住所	
電話番号	
ファックス番号	

※個人様の寄付の場合、入力する必要はございません。

申込書送付先：〒532-0011
大阪府大阪市淀川区西中島 5-7-14 大京ビル 206 号
(キャンサーネットジャパン大阪事務局内)
TEL:06-6886-3388 FAX:06-6886-3387
E-mail : j_tag@cancernet.jp

- 振込み先：寄付金振込先：
- 銀行名： ゆうちょ銀行
 - 店名： ヨンゼロハチ店 (四〇八 店)
 - 預金種目： 普通
 - 口座番号： 4932246
 - 口座名： 精巣腫瘍患者友の会

- *領収書ご希望の方は後日郵送させていただきますのでご記入のほどお願い申し上げます。
領収書希望 (有 ・ 無)
- *ご寄付に際し、CNJのホームページ等でご芳名表示しても差支えないですか?
ご芳名の表記 (差支えない ・ 必要ない)