

F A Xお申込書

「骨髄バンク普及映画を作る会」の活動を支援します。 年 月 日

フリガナ
お申込者様お名前： _____
(※領収書の宛名となります)

フリガナ
ご担当者様お名前： _____ 部署名： _____

ご住所： 〒 _____

電話番号： _____ FAX 番号： _____

ご支援の金額

賛助会費 1口3万円 (口数： _____ 口)

エンドロールに表示： する しない

※ご希望に応じ、映画のエンドロール〔終幕〕にご名称を表示させていただきます

表示するご名称： _____

※貴院名、または院長様個人のお名前も表示可能です

ご寄付 1万円

(映画のエンドロール〔終幕〕に「和歌山県の病院・医院の皆様」と表示します)

領収書名目

寄付金 会費 協賛金 広告費

※領収書を郵送いたします。当会は適切な税務・会計処理を行っておりますので、領収名目の内「会費」「協賛金」「広告費」は経費としてご算入いただけます

お支払い方法

お振り込み (下記の口座までお願い申し上げます)

クレジットカード払い

(<http://kotsuzui-eiga.org/>にて承ります※賛助会員のみ)

みずほ銀行 高崎支店 【店番号】 3 1 1

普通預金口座 【口座番号】 1 2 8 0 3 8 9

ゆうちょ銀行 【記号】 1 0 4 2 0 【番号】 2 4 2 2 3 5 3 1

骨髄バンク普及映画を作る会 (コツズイバンクフキュウエイガヲツクルカイ)

お申込先 F A X 番号： 0 2 7 - 3 2 0 - 2 2 0 1



皆様のあたたかいご支援を、宜しくお願い申し上げます。