



平成 年 月 日

日本眼科医連盟 寄付金申込書 (FAX 送信先 : 03-5765-5122)

金 額 _____ 円 (必須)

都道府県眼科医会名 : _____ 眼科医会 (必須)

氏 名 : _____ (必須)

日本眼科医会 会員番号 : _____

連絡先 : _____ (必須)

電話番号 : _____ (必須)

E-mail : _____

振込方法 : _____ 銀行振込 ・ 郵便振替 (どちらかに○を)

振込予定日 : _____

◇銀行振込の場合 :

振込先 : 三菱東京 UFJ 銀行 神保町支店 普通預金 NO. 2182373

日本眼科医連盟 代表者 高野 繁

【ニホンガクンカイレンメイ デイゴウシヤ タカノ シゲル】

◇郵便振替の場合 : 事務局より郵便振替用紙をお送りいたします。

※この寄付金は寄付金控除の対象にはなりません。

※政治資金規正法により、法人(企業、団体)および外国籍の方からの寄付金は禁止されておりますので、ご注意ください。