寄付申込書

一般社団法人中性脂肪学会　殿

一般社団法人中性脂肪学会の活動に賛同し、下記の通り寄付致します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名****（法人名）** | フリガナ |
|  |
| **住　所** | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
|  |
| Tel. | Fax. |
| E-mail |
| **（以下、個人の場合記載不要）** |
| **担当者名** | フリガナ |
|  |
| **部署名** |  |

1. 円
2. 振込予定日　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

■ 連絡先

一般社団法人中性脂肪学会　事務局

〒547-0024　　大阪市平野区瓜破3丁目2番24号

E-mail. office@tgbm.org