

寄 附 申 込 書 (法人様用)

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構
理事長 大木 孝太郎 殿

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構の事業趣旨に賛同し、下記の金額を事業資金として寄附いたします。

なお貴機構が行う全ての事業について、各事業の実施内容や方法、研究結果の解析、解釈や発表等に関し、一切関与・干渉するものではありません。

記

寄附金額 金 円也

■寄附者法人名：

■ご担当者

部署名・ご役職名：

ご芳名：

■寄附者ご住所： 〒

■電話番号： ■ファックス番号：

■eメール：

■当機構ホームページのご寄附者一覧に記名を（ 許可する ・ 許可しない ）

■払込方法

一時払い 令和 年 月 日付

分割払い	第1回	令和	年	月	日付	第6回	令和	年	月	日付
	第2回	令和	年	月	日付	第7回	令和	年	月	日付
	第3回	令和	年	月	日付	第8回	令和	年	月	日付
	第4回	令和	年	月	日付	第9回	令和	年	月	日付
	第5回	令和	年	月	日付	第10回	令和	年	月	日付

以上

寄 附 申 込 書 (個人様用)

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構
理事長 大木 孝太郎 殿

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構の事業趣旨に賛同し、下記の金額を事業資金として寄附いたします。

なお貴機構が行う全ての事業について、各事業の実施内容や方法、研究結果の解析、解釈や発表等に関し、一切関与・干渉するものではありません。

記

寄附金額 金 _____ 円也

■寄附者ご芳名： _____

■寄附者ご住所： 〒 _____

■電話番号： _____ ■ファックス番号： _____

■eメール： _____

■当機構ホームページのご寄附者一覧に記名を（ 許可する ・ 許可しない ）

■払込方法

一括払い 令和 年 月 日付

以上