

寄付申込書送付先

NPO法人Dermy事務局FAX番号：03-3351-6880

NPO法人皮膚がん・免疫・アレルギー疾患治療支援センター [Dermy]
寄附申込書

申込年月日 年 月 日

NPO法人皮膚がん・免疫・アレルギー疾患治療支援センター 代表理事 様

私はNPO法人皮膚がん・免疫・アレルギー疾患治療支援センターの目的及び事業内容に賛同し、寄附を申し込みます。

金

円也

お振込先	口座番号	口座名
三井住友銀行 麹町支店	(普通)9401627	NPO法人 Dermy (エヌピーオーハウジン デルミー)

- 申込書に必要事項をご記入の上、事務局宛にファックス、郵便、またはメールでお送りください。
- 会費は直接法人事務所へお持ちいただくか、下記までお振込み願います。

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)	
住所	〒
E-mail	
ご担当者名*(企業の場合)	
電話番号	
ファックス番号	

匿名	<input type="checkbox"/> 希望しない ・ <input type="checkbox"/> 匿名希望 (どちらかに○をお付ください)
----	--

事務局使用欄	受付	入力	入金	寄附№
--------	----	----	----	-----

NPO法人皮膚がん・免疫・アレルギー疾患治療支援センター [Dermy]
住所 〒160-8582 東京都新宿区信濃町35 慶應義塾大学医学部皮膚科学教室内
TEL/FAX 03-5363-3823 / 03-3351-6880
E-mail info@dermy.or.jp