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  （エヌピーオーホウジン　デルミー） |

1. 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。
2. 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 | 希望しない　　・　　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 |