

年 月 日

特定非営利活動法人 東北臨床腫瘍研究会
代表理事 石岡 千加史 宛

住所 _____

御芳名(団体名) _____

御芳名(代表者名) _____

電話 _____

FAX _____

eメール _____

寄附金申込書

この度、下記の通り、寄附金の申し込みを致します。

記

寄附金額 金 _____ 円也

お申し込み要領

(1) こちらの申込書は下記へお送り下さい。

(2) 寄附金は下記へお振込み下さい。

〒980-8575
仙台市青葉区星陵町4番1号
東北大学加齢医学研究所
癌化学療法研究分野 内
特定非営利活動法人
東北臨床腫瘍研究会 事務局
代表理事 石岡 千加史
電話 022-717-8547
FAX 022-717-8548

七十七銀行 大学病院前支店
店番号：255
普通預金：5495563
口座名称：
特定非営利活動法人
東北臨床腫瘍研究会
代表理事 石岡 千加史

事務局記載 入金 年 月 日

通帳 頁 行