

平成 年 月 日

社団法人
日本リハビリテーション医学教育推進機構
理事長・機構長 久保 俊一 殿

〒
住 所 _____

ご芳名 _____ 印
(法人の場合は、社名・代表者名)

連絡担当者：ご氏名

_____ 電 話 () _____

寄附金申込書

このたび、下記のとおり日本リハビリテーション医学推進機構への一般寄附金を申込みます。

記

寄附金額 金 _____ 円也

当機構ホームページ等における寄付ご報告掲載について

掲載を希望しない ※掲載を希望されない場合のみチェックをお願いします。

[お申込み先]

この申込書は下記へお送りください。

〒101-0047 東京都千代田区内神田1-18-12 内神田東誠ビル2階
公益社団法人日本リハビリテーション医学会事務局気付
一般社団法人日本リハビリテーション医学教育推進機構東京事務所宛
TEL : 03-6273-7007 FAX : 03-5280-9701