

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。

〒606-0001 京都府京都市左京区岩倉大鷲422 国立京都国際会館6F  
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 京都事務局宛  
TEL : 075-723-8510 FAX : 075-723-8511