

(団体用)

公益財団法人 福島県臓器移植推進財団
理事長 殿

●公益財団法人福島県臓器移植推進財団の趣旨に賛同し、賛助会員として入会を申し込みます。

申込日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(フリガナ) _____

団体名・法人名 _____

(フリガナ) _____

代表者名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____) _____ FAX 番号 _____ (_____) _____

ホームページにお名前掲載を希望 する ・ しない

【財団記入欄】

理事長承認日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
備考	