

公益財団法人佐賀県臓器バンク賛助会員入会申込書

ご芳名（団体名・氏名）

住所〒

ご担当者名

TEL

佐賀県臓器バンクの趣旨に賛同し、賛助会員として下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

公益財団法人佐賀県臓器バンク理事長 様

記

(1) 団体会員 1口 20,000円（口数は問いません）

| 法人・団体名等 | 口数 | 金額 |
|---------|----|----|
| | | |

(2) 個人会員 1口 3,000円（口数は問いません）

| 〒 住所 | 氏名 | 口数 | 金額 |
|------|----|----|----|
| 〒 | | | |
| 〒 | | | |
| 〒 | | | |
| 〒 | | | |
| 〒 | | | |

（宛先が団体と同じときは不要です。）

※ 賛助会員名簿をホームページ等で原則公開することにしてあります。

公開を希望しない方は、下の枠内に「公開を希望しません。」とご記入ください。

[]

【振込先】 佐賀銀行 県庁支店 普通預金 1349661

コウエキザイダンホウジンサガケンゾウキバンク公益財団法人佐賀県臓器バンク

※大変申し訳ありませんが送金手数料はご負担ください。

【連絡先】 FAX：0952-25-6102 Email：organbank@saga-zouki.or.jp

【問合せ先】

〒840-0054 佐賀市水ヶ江一丁目 12番 10号 メディカルセンタービル 1F

公益財団法人佐賀県臓器バンク TEL：0952-25-6101

FAX：0952-25-6102 Email：organbank@saga-zouki.or.jp