

第49回公益社団法人
日本口腔インプラント学会・学術大会
『寄附金 申込書』

第49回公益社団法人 日本口腔インプラント学会・学術大会の趣旨に賛同し、
下記の金額を寄附金として申し込みます。

金 _____ 円也

平成 年 月 日

所在地・ご住所 _____

貴社名・ご芳名 _____

取扱部署名 _____

取扱ご担当者
(役職) _____

(お名前) _____

(電話番号) _____

支払方法・時期

一括払 平成 年 月 日頃

分割払 第1回 平成 年 月 日頃 _____ 円

第2回 平成 年 月 日頃 _____ 円

本書は、FAX または郵送にて必ずお送り下さいますようお願い申し上げます。

(FAX の場合) FAX :

(郵送の場合) 〒

担当 :

TEL :