

FAX 095-848-6160

第6回長崎県薬剤師学術大会 寄付金申込書

申込日： 年 月 日

第6回長崎県薬剤師学術大会の趣意に賛同し、
下記金額を寄付金として申し込みます。

口数： 口（金 円）※1口10,000円

振込日： 年 月 日 頃予定

フリガナ

貴社（団体）名：

ご担当者名：

所在地：〒

連絡先電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：

※大会要旨集への貴社（団体）名の掲載について

☐ 希望する / ☐ 希望しない

※☒がない場合は貴社（団体）名を掲載させていただきます。

【寄付金振込先】

銀行名：十八親和銀行 支店名：長崎営業部
種別：普通預金 口座番号：0944505
口座名：一般社団法人 長崎県薬剤師会 会長 井手 陽一
(イッパシヤダシホカシノナカサキケンヤクシイシイイイヨウイヨウイ)

【お問合せおよび申込書送付先】

一般社団法人 長崎県薬剤師会 事務局
〒852-8104 長崎県長崎市茂里町3-18
TEL 095-847-2600
FAX 095-848-6160
Mail jimukyoku@npa.or.jp