



No.

## 全国ドナー休暇制度推進連絡協議会 宛

申込日:西暦 年 月 日

会社・団体のお申込み	会社・団体名	フリガナ ※	
	担当者氏名	フリガナ ※	
	担当者連絡先	※ 〒	
		※ 部署名	
		※ 電話番号	FAX 番号
		※ メールアドレス	@
	URL		

個人でのお申込み	氏 名	フリガナ ※	
	住 所	※ 〒	
		※ 電話番号	FAX 番号
		携帯番号	
		※ メールアドレス	@

## 会費について

・1口月額1,000円のご負担をお願いしております。

(※ 口×1,000円＝ 円)申し込みます。 (※マーク部分は必ずご記入をお願いします)

会費の納金は、入会が認められた同月からとします。会費の納金口数及び月毎または年毎の納金は任意とします。

・お振込

銀行振込 口座名:ドナーキユウカ

振込手数料はご負担ください。

・みずほ銀行 ○○支店(普)00000000

・三井住友銀行 ○○支店(普)00000000

・ジャパンネット銀行 ○○支店(普)00000000

・ソニー銀行 ○○支店(普)00000000

・三菱東京UFJ銀行 ○○支店(普)00000000

・りそな銀行 ○○支店(普)00000000

・セブン銀行 ○○支店(普)00000000

・楽天銀行 ○○支店(普)00000000

・お振替

ゆうちょ銀行振替:別紙の振替用紙をご利用ください。