

協賛申込書

特定非営利活動法人北海道難聴支援ネットワーク
趣旨に賛同し、下記の協賛の申し込みをいたします。

御協賛金額 (振込手数料を除いた金額) 金 _____ 円也
(お振り込み予定日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日)

ご記入日 ____ 年 ____ 月 ____ 日

| | | |
|-------------------------------|---|---------------|
| 申込区分 | <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| フリガナ | | |
| 個人:ご氏名 法人:法人名 代表者の役職・氏名 | | |
| フリガナ | | 部署・役職名 |
| ご担当者名 (法人の場合) | | |
| ご住所 | 〒 _____ | |
| 電話番号 FAX 番号 | 電話番号: _____ | FAX 番号: _____ |
| E-mail | | |

※恐れ入りますが、お申込みの際は本申込書を下記送付先まで、お送りください。
(FAX: 011-614-1293 E-mail: hearing@sapmed.ac.jp)

【協賛金のお振込み銀行】

北洋銀行 (0501) 札幌西支店札幌医大病院出張所 (304)

預金種別: 普通預金 7214765

口座名義: 特定非営利活動法人北海道難聴支援ネットワーク

(カナ): トクヒ ホッカイドウナンチョウシエンネットワーク

【問合せ・申込書送付先】

〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目291番地 85 札幌医科大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座内

特定非営利活動法人北海道難聴支援ネットワーク 担当: 安達

TEL: 011-611-2111 (内線 54950) FAX: 011-614-1293

E-mail: hearing@sapmed.ac.jp