

年 月 日

公益財団法人朝日生命成人病研究所
理事長 本間 義昭 殿

寄附者
所在地.....

法人名.....

代表者.....^印

ご担当者.....

ご連絡先 (TEL).....

寄 附 申 込 書

貴研究所に対し、下記のとおり寄附の申込みをいたします。

記

1. 寄附金額 金 _____ 円

2. 寄附の目的及び条件

目的：成人病に関する基礎研究および臨床研究の推進・充実

条件：無・有（ _____
_____ ）

3. その他

振込口座 銀行名：みずほ銀行
支店名：丸之内支店
預金種目：普通預金
口座番号：1805534
口座名義：公益財団法人朝日生命成人病研究所

振込予定日 年 月 日

以 上
(法人様)