

寄附金申込書

年 月 日

公益社団法人日本薬学会  
会頭 岩 渕 好 治 殿

寄附申込者  
ふりがな  
名称  
住所 〒  
ふりがな  
氏名

印

下記の金額を寄附いたします。

記

- 1 寄附額 円也
- 2 寄附金の希望用途
- 3 寄附金の支払予定年月日 年 月 日

以上

(備考/連絡先)

ご担当者氏名・役職

TEL:

E-mail: