

FAX:03-5206-7757

年 月 日

公益社団法人日本老年精神医学会  
寄付申込書

公益社団法人日本老年精神医学会  
理事長 池田 学 殿

金 円也

貴学会の趣旨に賛同して上記金額を「公益社団法人日本老年精神医学会」へ寄付いたします。

『個人様』

御芳名 .....

- 学会ホームページの寄付者一覧に名前の掲載を許可する  
(の無い場合は、匿名で掲載させていただきます。)

ご住所 〒 .....

TEL ..... E-mail .....

『法人様』

法人名 .....

<役職名> ..... <お名前(ふりがな)> .....

代表者 .....

<部署名> ..... <お名前(ふりがな)> .....

担当者 .....

TEL ..... E-mail .....

ご住所 〒 .....

●お振込予定日 (西暦) 年 月 日

●領収書の希望の有無 希望する ・ 希望しない (どちらかに○を付けてください)

●寄付金振込先 銀行名: 三菱東京UFJ銀行 神楽坂支店

口座番号: 普通預金 0032086

口座名義: 公益社団法人日本老年精神医学会

◎ 申込書は、郵送またはFAXにてお送りくださいますようお願い申し上げます。

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル2F

公益社団法人日本老年精神医学会

TEL: 03-5206-7434 FAX: 03-5206-7757 E-mail: rouseijim@nqfm.ftbb.net

(以下は事務局が記入します)

(受領) (領収書) No.	年 月 日	(経過等)
-------------------	-------	-------