会員入会申込書

公益財団法人大阪成人病予防協会の事業の趣旨に賛同し、□ 個人会員　□ 法人（団体）会員の加入申し込みします。（個人会員、法人（団体）会員別を□欄に✔してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日（必須） | 令和　・　西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 個人名  又は法人名（団体名）  （必須） | フリガナ |
|  |
|  |
| 代表者名  （法人（団体）の場合のみ） | フリガナ |
|  |
| （連絡先部署） |
| 住所  （必須） | 郵便番号　　　　‐ |
|  |
|  |
| 電話番号（必須） |  |
| 携帯電話番号（任意） |  |
| メールアドレス（任意） |  |
| 申込口数 |  |

（入会申込書の送付先）

郵送　〒５４１‐８５６７大阪市中央区大手前三丁目1番６９号

大阪国際がんセンター６階　公益財団法人大阪成人病予防協会

ＦＡＸ番号　０６‐４７９１－２０９１

ｅメール　kyoukai@osyk.jp

**（会費の振込先）**

りそな銀行大手支店　（口座）普通預金　（口座番号）０１２１６１８

（名義人）公益財団法人大阪成人病予防協会

会費は、税制上の優遇措置が適用され、所得税、法人税及び相続税等の寄付金控除が受けられます。