

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	フリガナ
又は法人名（団体名）	
（必須）	
代表者名	フリガナ
（法人（団体）の場合のみ）	
	（連絡先部署）
住所	郵便番号 -
（必須）	
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。