

寄 附 申 込 書 (法人様用)

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構
理事長 大木 孝太郎 殿

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構（認定 NPO 法人）の事業趣旨に賛同し、下記の金額を事業資金として寄附いたします。

なお貴機構が行う全ての事業について、各事業の実施内容や方法、研究結果の解析、解釈や発表等に関し、一切関与・干渉するものではありません。

記

寄附金額 金 円也

■寄附者法人名：

■ご担当者

部署名・ご役職名：

ご芳名：

■寄附者ご住所： 〒

■電話番号： ■ファックス番号：

■e メール：

■当機構ホームページのご寄附者一覧に記名を（ 許可する ・ 許可しない ）

■払込方法

一時払い 令和 年 月 日付

分割払い	第1回	令和	年	月	日付	第6回	令和	年	月	日付
	第2回	令和	年	月	日付	第7回	令和	年	月	日付
	第3回	令和	年	月	日付	第8回	令和	年	月	日付
	第4回	令和	年	月	日付	第9回	令和	年	月	日付
	第5回	令和	年	月	日付	第10回	令和	年	月	日付

以上

注）寄附者住所、寄附者氏名（社名）のご記載にあたっては、税法上の控除証明となる領収証の宛先となりますのでご注意願います。

寄 附 申 込 書 (個人様用)

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構
理事長 大木 孝太郎 殿

特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構（認定 NPO 法人）の事業趣旨に賛同し、下記の金額を事業資金として寄附いたします。

なお貴機構が行う全ての事業について、各事業の実施内容や方法、研究結果の解析、解釈や発表等に関し、一切関与・干渉するものではありません。

記

寄附金額 金 _____ 円也

■寄附者ご芳名： _____

■寄附者ご住所： _____

■電話番号： _____ ■ファックス番号： _____

■e メール： _____

■当機構ホームページのご寄附者一覧に記名を（ 許可する ・ 許可しない ）

■払込方法

一括払い 令和 年 月 日付

以上

注）寄附者住所、寄附者氏名のご記載にあたっては、所得税法上の控除証明となる領収証の宛先となりますのでご注意ください。