**日本心臓血管外科学会臨床研究推進基金**

**寄附申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **お名前**  **（氏名又は法人名）** |  |
| **寄付額** | **口　（　　　　万円）** |
| **ご連絡先住所** | **〒　　　－** |
| **電話番号** | **－　　　　－** |
| **Email Adress** |  |
| **連絡者名**  **(お名前と同じ場合は省略ください。)** |  |
| **領収書宛名** |  |
| **備考**  **個人の場合はご自宅ご住所を記入下さい** |  |

|  |
| --- |
| **学会誌及び学会ホームページへのご芳名の記載　　諾　・　否** |
| **記載名称：** |

**※記載名称が領収書宛名と同様の場合は省略してください。**