

令和 年 月 日

公益財団法人 性の健康医学財団  
寄 附 申 込 書

貴財団の趣旨に賛同し、下記のとおり申し込みます。

1 寄 附 額： 金 \_\_\_\_\_ 円

2 振込予定日： 令和 年 月 日

3 領 収 書： 必 要 ・ 不 要

宛名、但書等にご要望がございましたら下欄にご記入下さい。

--

4 ご 氏 名： \_\_\_\_\_  
(法人名)

5 ご 住 所： \_\_\_\_\_

電 話

F A X

E-mail

当申込書は、メール添付・FAX・郵送にてご送付ください。

<送付先> 公益財団法人 性の健康医学財団 事務局 宛て

Email : [info@ifshm.org](mailto:info@ifshm.org)

FAX : 03-3813-4107 TEL : 03-3813-4098