

沖縄県理学療法士連盟の活動趣旨に賛同し、下記の通り寄附いたします。

1. 寄附金額 _____ 円

- ☐ 振込 [振込手数料は申込者のご負担となります]

口 座 名：沖縄県理学療法士連盟

銀行名：沖縄銀行

支店名：西原支店

普通預金：口座番号：店番 203 口座番号 1617294

- ☐ 現金 [事務所へご来所ください]

- 1)下記の目的で使用して下さい。

(

)

- 2)貴会に一任します。

4. ご芳名／法人名の公開について a. 公開して構わない b. 非公開を希望

(いずれかに○をつけてください)

ふりがな	
※ご芳名／法人名	
※氏名	
※住所	
所属部署	
役職	
※電話	
FAX	
※E-mail	

※印は必ずご記入下さい。

ご記入いただきました個人情報、当連盟からの連絡ならびに各種案内のみに使用します。

※入会申込文書、寄附金申請書替同頂ける方は、ダウンロードして頂き文書入力の上、下記

事務所宛先メールまで送付お願いします。

事務所 〒904-0014 沖縄県理学療法士連盟

沖縄県沖縄市仲宗根町 29 番地 9 (沖縄県理学療法士協会事務所内)

TEL・FAX 098-938-8400 Mail: okiriren 0166@yahoo.co.jp