

年 月 日

公益財団法人朝日生命成人病研究所  
理事長 菊池 達也 殿

寄附者  
所在地.....

法人名.....

代表者.....<sup>印</sup>

ご担当者.....

ご連絡先 (TEL).....

## 寄 附 申 込 書

貴研究所に対し、下記のとおり寄附の申込みをいたします。

### 記

1. 寄附金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2. 寄附の目的及び条件

・ 目的：成人病に関する基礎研究および臨床研究の推進・充実

・ 条件等がございましたら、ご記入願います

( \_\_\_\_\_ )

3. その他

振込口座

銀行名 : みずほ銀行

支店名 : 丸之内支店

預金種目 : 普通預金

口座番号 : 1 8 0 5 5 3 4

口座名義 : 公益財団法人朝日生命成人病研究所

振込予定日

年 月 日

以 上

(法人様)