年　　月　　日

特定非営利活動法人

臨床試験支援センター 理　事　長　殿

 　　　　　　 　 　　住所 〒　 　－

TEL 　 － －

FAX　 － －

氏名（法人の場合は法人名）

ご担当者様

E-mail

寄付申込書

特定非営利活動法人「臨床試験支援センター」の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付致します。

記

1. 寄付金額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

1. 寄付の目的及び条件

目的：

条件：

1. 送金予定日
2. その他

以上

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*【この線より上の部分ご記入のうえご送付・お振込みをお願致します】\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

＜振込先＞

三菱UFJ銀行　府中支店　普）0075808

＜お問合せ先＞

特定非営利活動法人　臨床試験支援センター

〒194-0011　東京都町田市成瀬が丘三丁目11番地4

電話　042－810－2229　　Fax　042－796－7555