

第4回日本ライフスタイル医学会学術集会への

寄付申込書 兼 情報公開への同意書

日本ライフスタイル医学会 殿

別紙、「第4回日本ライフスタイル医学会学術集会への協賛金のお願い」に基づき、以下の内容で申し込み及び情報公開について同意します。

申込年月日 : _____年 _____月 _____日

会社（団体）名 : _____

代表者氏名 : _____

担当者氏名 : _____

連絡先住所 : 〒 _____

TEL : _____ FAX : _____

協賛内容 : 寄付 300,000 円 3 万円×10 口

 120,000 円 3 万円×4 口

 60,000 円 3 万円×2 口

 _____円 3 万円×__口

 _____円 (上記以外のご希望の金額)

社名の掲載 (可 不可)

ロゴの掲載 (可 不可)

以上