



# たまな在宅ネットワーク協賛金申込書

たまな在宅ネットワーク 代表 安成英文 殿

下記の通り趣旨に賛同し申し込みます。

平成 年 月 日

事業所名			
御氏名			
御住所	〒		
電話番号		ファックス番号	
申込協賛金	<input type="checkbox"/> 3,000円 × ( )	<input type="checkbox"/> 金	円
協賛方法	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 医療センター回収 (医師会館のみ) <input type="checkbox"/> 郵便振り込み (手数料はご負担ください)		
振込先	ゆうちょ銀行：玉名温泉郵便局支店 (店番 718) 普通 <input type="checkbox"/> 座：2663625 <input type="checkbox"/> 座 名：たまな在宅ネットワーク		

※協賛金額の公表はいたしません。

尚、ご協賛いただける場合、お手数ですが下記事務局までご一報の上 FAXいただきますようお願い致します。(送信表不要)



協賛金申込書 送信先

たまな在宅ネットワーク事務局 (玉名地域保健センター医療連携室)  
**FAX: 0968-76-7067 TEL: 0968-76-7066**