

第 27 回京都府老人保健施設大会 事務局 行

FAX 送信先 : 075-813-1546 (締切日 : 令和 3 年 10 月 4 日)

御 寄 付 申 込 書

第 27 回京都府老人保健施設大会の開催趣旨を理解の上、下記の寄付を申し込みます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

御寄付額 : ¥ _____ (1 口当たり 3 万円 × () 口)

お振込み日 (予定) : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日迄に指定口座に振り込みます。

貴社名 : _____

ご担当者のご所属・部署名 : _____

ご担当者名 : _____

ご連絡先 : 〒 _____

TEL : _____ / FAX : _____

E-mail : _____

大会抄録集に予定しております“協賛企業・団体一覧”として、貴団体名・御社名を掲載しても宜しいでしょうか? (何れかを○で囲んでください。)

諾 ・ 否

お問い合わせ・申込書返信先 : (一社) 京都府介護老人保健施設協会 事務局
担当 西村

TEL : 075-813-1545 / FAX : 075-813-1546

E-mail : kyoroken@world.con.ne.jp

【個人情報の取り扱いにつきまして】

個人情報保護に関する法律に基づき、当方が個人情報を直接、又は間接的に取得する場合、本会の運営目的の達成に必要な範囲で利用を致します。