

↑ FAX 089-913-7817 〒790-8585 松山市三番町4丁目 5-3 愛媛県医師会館内

## 愛媛アイバンクに

### お力添えをお願いします。

多くの方からの賛助会費そして善意のご寄付を有難くいただいております、厚くお礼申し上げます。

皆様方のご支援をいただいているにもかかわらず、活動資金が不足しています。何卒、ご協力をお願いします。

---

## 賛助会員申込書

アイバンク事業の趣旨に賛同し、愛媛アイバンク賛助会に加入を申し込みます。

### 1. 個人会員 年会費 1口 1,000円

申込口数 口 (出来れば2口以上でお願いします)  
住 所:  
フリガナ  
氏 名:  
Tel ( ) - -

### 2. 法人会員 年会費 1口10,000円

申込口数 口  
住 所:  
フリガナ  
事業所名:  
Tel ( ) - -

※該当に○をしてください。

「愛媛アイバンクだより」賛助会員納入者名簿への記載は A 差し支えない B 辞退する

※該当があれば記入願います。

○所属ライオンズクラブ名: \_\_\_\_\_ ライオンズクラブ

○所属郡市医師会名: \_\_\_\_\_ 医師会 県医師会基金差し引き A 希望する B 希望しない

**FAX送信(このまま)**または、お電話、郵便でのご連絡をお待ちしております。

(以後、年会費は毎年6月頃、振込用紙をお届けさせていただきます。)

TEL 089-913-7786 FAX 089-913-7817

住所 〒790-8585 松山市三番町4丁目5-3 愛媛県医師会館内

公益財団法人 愛媛アイバンク