年　　　月　　　日

寄附金申込書

一般社団法人遺伝性血管性浮腫診断コンソーシアム御中

金　　　　　　　　　　　　円

上記金額の寄附を申し込みます。

住所　〒

ふりがな

企業名

ふりがな

氏　　　名

電話番号

振込予定日 令和　　　　年　　　　月　　　　日

※寄附の使途についてのご希望や条件があれば、ご記入ください。