日本臨床腫瘍学会事務局　宛

FAXまたはMailでご通知ください。

FAX：03-6809-1138/Mail:jsmo@jsmo.or.jp

 　　　　　　　　　　　　　　 －

助成金申込書

公益社団法人日本臨床腫瘍学会

理事長　南 博信　殿

日本臨床腫瘍学会の「プレシジョンメディシンに関する包括的教育プログラム」の目的、事業に賛同し、その運営資金として、下記の金額を助成します。

令和　　年　　月　　日

 法人の場合法人名：

 　　　　　　　代表者：

 　　　　　　　担当者：

住所：〒　　－

電話：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　MAIL：

記

金額 円

 ※コメント欄

（ご支援対象となる事業のご要望等ございましたらこちらにご記載ください）

日本臨床腫瘍学会事務局　宛

FAXまたはMailでご通知ください。

FAX：03-6809-1138/Mail:jsmo@jsmo.or.jp

 　　　　　　　　　　　　　　 －

寄附金申込書

公益社団法人日本臨床腫瘍学会

理事長　南 博信　殿

日本臨床腫瘍学会の「プレシジョンメディシンに関する包括的教育プログラム」の目的、事業に賛同し、その運営資金として、下記の金額を寄附します。

令和　　年　　月　　日

 法人の場合法人名：

 　　　　　　　代表者：

 　　　　　　　担当者：

住所：〒　　－

電話：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　MAIL：

記

金額 円

※コメント欄

（ご支援対象となる事業のご要望等ございましたらこちらにご記載ください）