

伊達聖ヶ丘病院 硬式野球部後援会入会申込書

申込日 平成 年 月 日

個人会員 (1口 2,000円)			法人会員 (1口 10,000円)		
ふりがな			ふりがな		
氏名			法人名		
会社名			代表者名		
役・職名			郵便番号	〒 -	
郵便番号	〒 -		住所 (郵送先)		
住所 (郵送先)			住所 (郵送先)		
電話番号	自宅	— —	電話番号 (連絡先)	— —	
	携帯	— —		— —	
ファックス	— —		ファックス	— —	
eメールアドレス	@		eメールアドレス	@	
口数	口 × 2,000円 = 円		口数	口 × 10,000円 = 円	

但し、数口での申込み可

※ 文書等のご案内を希望しますか。

希望する ・ 希望しない

※ 会員の方々の会費を有効に活用させて頂く為にも、文書類の送料等の節約を考えております、**ファックス**・**eメールアドレスのお持ちの方は必ずご記入ください。**

入会申込 入会申込書は「後援会事務局宛」で郵送もしくはファックスでお申込み下さい。
会費は下記口座へ振込みをお願い致します。

振込先 ①伊達信用金庫 本店 普通預金 口座番号 4137080
 デテヒジリガオカビョウインコウシキヤキュウブコウエンカイ
 伊達聖ヶ丘病院 硬式野球部後援会

※ 個人情報保護法により、当後援会で得た情報を第三者に通知することはありません。
後援会の催し、野球大会のご案内等必要な情報をお知らせするものです。

後援会事務局

〒052-0014

北海道虻田郡洞爺湖町高砂町37番地 医療法人 護仁会内
伊達聖ヶ丘病院 硬式野球部後援会事務局

TEL 0142-76-5731

FAX 0142-76-5734