

寄附金募集要項

1. 寄附金の名称

第17回日本医薬品情報学会 総会・学術大会

2. 寄附の目的、寄附金の使途

第17回日本医薬品情報学会 総会・学術大会の開催、運営費

3. 寄附金募資金額

1,500,000 円（経費総額 12,400,000 円）

4. 寄附期間

平成25年12月9日（月）～平成26年6月30日（月）

5. 寄附お申し込み方法

お手数ですが、同封の申込用紙に必要事項をご記入の上、FAXにて下記運営事務局宛にお申し込みください。

● お問い合わせ先・お申込み先

第17回日本医薬品情報学会 総会・学術大会 運営事務局

<特定非営利活動法人 CSS 九州>

〒890-0116 鹿児島市上福元町 6380-9

TEL：099-298-1511 FAX：099-298-1512

E-mail：jasdi17-support@css-kyushu.jp

担当/向井 亮一・坂口 典雄

6. 寄附金振り込み方法

お手数ですが、寄附申込みと同時に下記の銀行口座にお振り込みをお願い致します。振り込み手数料は貴社にてご負担ください。ご入金を確認後、領収書を発行致します。

● お問い合わせ先・お申込み先

振込先：鹿児島銀行 宇宿支店（銀行コード：0185 支店コード：121）

口座番号：普通預金 3016364

口座名義：第17回日本医薬品情報学会総会学術大会 大会長 武田 泰生
(ダイ17カニホヤクヒンジヨホカガツカソウカガクジ ムツカイ タカイヨウ タダヤオ)

※寄付金に対する免税処置はございませんので、予めご了承ください。

第17回日本医薬品情報学会 総会・学術大会

The 17th Annual Meeting of the Japanese Society of Drug Informatics

寄 附 申 込 書

出展規約を了承し、下記の通り申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

貴学会の趣旨に賛同し、以下の寄附を申し込みます。

寄附金額	金 _____ 円他 _____		
振 込 日	平成 年 月 日 (予定・済み)		
貴 社 名	フリガナ _____		
	_____ ⑩		
住 所	〒 _____		
担当部署	_____		
担当者氏名	_____		
TEL	_____	FAX	_____
E-mail	_____		

事務局欄	受付日	受付番号	備 考
	_____	_____	_____

FAX お申込み先



FAX:099-298-1512

第17回日本医薬品情報学会 総会・学術大会 運営事務局

<特定非営利活動法人 CSS 九州> 〒890-0116 鹿児島市上福元町 6380-9

TEL : 099-298-1511 FAX : 099-298-1512

E-mail : jasdi17-suport@css-kyushu.jp 担当/向井 亮一・坂口 典雄

※FAX または郵送にてご提出ください