（様式1）

寄附金申込書

年　　月　　日

公益社団法人日本薬学会

会頭　岩 渕　好 治　殿

　　　　　寄附申込者

　　　　ふりがな

　　名称

　　　　住所　〒

　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

下記の金額を寄附いたします。

記

１　寄附額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円也

２　寄附金の希望使途　「医療薬学フォーラム2025 第33回クリニカルファーマ
シーシンポジウム」運営にかかる経費として

３　寄附金の支払予定年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

以上

　　（備考/連絡先）

ご担当者氏名・役職

ＴＥＬ:

E-mail:

本申込書に記載された、氏名、住所、寄附額等の個人情報については、学会の寄附金取扱い業務にのみ使用される旨を本紙の提出をもって同意いたします。