

# 賛助会「つばめ会」加入申込書

私ないし当団体は、賛助会「つばめ会」が支援する研究の趣旨、意義に賛同し、脳バンクのための資金提供に協力し、賛助会会員として登録されることに同意いたします。（個人会員の場合は一口1万円、団体会員の場合は一口10万円を原則といたします。但し、当事者とその家族に限り、特別会員<一口3千円>として登録することもできます。）

平成 年 月 日

## 《個人会員をご希望の方は》

(一般会員) \_\_\_\_\_ 口 (一口1万円)

(特別会員) \_\_\_\_\_ 口 (一口3千円)

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 《団体会員をご希望の方は》

(団体会員 \_\_\_\_\_ 口(一口10万円)

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

連絡担当者 ご所属: \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

《ご寄附をご希望の方は》 金額 \_\_\_\_\_ 円

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

公立大学法人福島県立医科大学医学部神経精神医学講座気付

死後脳バンク賛助会「つばめ会」宛

FAX 050-3737-9558