

様式第1号（第3条関係）

【別紙1】

（公財）沖縄県保健医療福祉事業団 行

F A X : 0 9 8 - 8 7 9 - 6 3 1 6 （電話：098-879-6311）

M A I L : gr-okinawa@kenkou-island.or.jp

令和6年度 賛助会員入会返信

公益財団法人沖縄県保健医療福祉事業団臓器移植推進事業の趣旨に賛同し、以下のとおり賛助会員費を負担します。

1) 加入口数

_____ 口

2) 会費納入方法

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日までに銀行口座振り込みにより納入予定

3) 申込者

名 称： _____

代表者： _____

〒

住 所： _____

4) ホームページ掲載について

当事業団ホームページに、臓器移植医療を応援する今年度の賛助会員（グリーンリボンサポーター）であるという旨を掲載してよろしいですか。

※グリーンリボンとは、移植医療への理解と支援のシンボルです。

掲 載 可 ・ 掲 載 不 可 （どちらかに○）

↓

掲載する正式名称： _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

送信者： _____

連絡先： _____