安全なMRI検査を考える会

協賛申込書

令和　     年　     月　     日

一般社団法人　安全なMRI検査を考える会　宛

一般社団法人　安全なMRI検査を考える会の活動に対する協賛を申し込みます。

　　企業・団体名 ：

　　ご担当者連絡先

・ご所属 ：

　　　・ご氏名 ：

　　　・ご住所 ：

　　　・電話番号 ：

　　　・FAX番号 ：

　　　・メールアドレス ：

令和      年度協賛金納入予定口数

（       ）口

※1口５万円、1口以上でご支援をお願いします

貴社名、貴団体名の当法人ホームページ等への掲載の可否

（ [ ] 可・[ ] 否 ）

※どちらかにチェックマークをお願いします。

　　　お申込み後に振込先などを連絡させていただきます。