

賛助会員ご入会のお願い

特定非営利活動法人 日本ホスピタル・クラウン協会では賛助会員制度を設け、広く企業、団体、個人のみなさまにご加入いただき、その会費をホスピタル・クラウン活動に役立たせていただいております。当協会の活動趣旨をご理解いただき、賛助会員としてご支援、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

■ 加入資格

日本ホスピタル・クラウン協会の事業に賛同いただける方であれば、どなたでもご加入できます。

■ 会 費

会費は年会費とし、会員になられた月より1年間とします。

個人	(一〇)	5,000 円/年
学 生	(一〇)	3,000 円/年
法人・団体	(一〇)	30,000 円/年
特別支援会員	(一〇)	240,000 円/年

■ 会員特典

- ・ 私どもの活動に間接的にご参加していただく会員様です。
- ・ 年4回のニュースレターと年1回の活動報告誌を通して、皆様と病院の子ども達をつなぎます。
- ・ 初年度には【協会ロゴシール】、継続年度には【イラストポストカード】を送らせていただきます。
- ・ 賛助会員イベントにご参加いただけます。

■ 申込方法

お申込みいただける際は、協会ホームページより賛助会員のご登録もしくは、協会事務局までご連絡のほど何卒宜しくお願いいたします。

賛助会員ご加入のご承諾をいただいた場合の賛助会員のお振込み先は次のとおりでございます。

郵便局

米野郵便局 No.00830-4 94126

口座名義 特定非営利活動法人 日本ホスピタル・クラウン協会

三菱東京UFJ銀行

中村支店 普通 5245106

口座名義 特定非営利活動法人 日本ホスピタル・クラウン協会

※ご寄附は随時受付しております。ご支援のほど何卒宜しくお願いいたします。

お問合せ先：NPO法人日本ホスピタル・クラウン協会 事務局

TEL 052-483-7789 FAX 052-483-7774 Email : info@hospital-clown.jp

NPO法人日本ホスピタル・クラウン協会

賛助会員申込書

貴協会の趣旨に賛同し賛助会員として入会いたしたく

年会費 口分 円を申し込みます。

平成 年 月 日

(施設・団体・企業名)

※個人以外記入。個人で申込の方は代表者名に氏名をご記入ください。

(代表者名)

(所在地) 〒

(電話番号) — —

(FAX 番号) — —

(担当者役職・氏名)

ホームページをお持ちの方で、当協会ホームページの
リンクに掲載が可能な場合はご記入をお願いいたします。

(URL)

[・お振込日 月 日 ・お振込金融機関 三菱東京UFJ銀行 ・郵便局]