

認定特定非営利活動法人 日本クリニックラウン協会は、

クリニックラウンの活動を応援して下さる寄附者・会員を募集しています。



2016年11月に認定NPO法人に認定されました。
みなさまからの寄附金は、寄附金控除の対象となります！
年間2000円を超える寄附については、確定申告により寄附金控除を受けられます。
詳しくはお問い合わせ下さい。



入院中の子どもたちが、病気のことを一瞬でも忘れて
笑顔になれる「子ども時間」をクリニックラウンと一緒に届けませんか？



***あかはな会員**

個人 (1口3,000円~/年)

団体・法人 (1口10,000円~/年)

***ご寄附をお願いします**

金額は自由です。下記、振込指定口座にお振込みください。

入院中の子どもたちや家族の笑顔を、あなたの寄附が支えています！

● 会員になるには・・・

1. 入会申込書（裏面）をご記入の上、郵送・Fax・E-mailにて協会までお送りください。
2. 会費を郵便口座にお振込みください。※入金確認後、会員証を発行いたします。

お振込先（郵便局）

口座番号：00920-3-118693

加入者名：特定非営利活動法人 日本クリニックラウン協会

● 会費の振込における領収書の発行について

領収書はご入金いただきました翌月の頭に発送を予定しています。早急に領収書が必要な方は、お振込の際摘要欄にその旨ご記入ください。



認定特定非営利活動法人 日本クリニックラウン協会 事務所

〒530-0053 大阪市北区末広町3-11 天しもビル3B

TEL:06-4792-8716 FAX:06-4792-8746

E-mail:info@cliniclowns.jp http://www.cliniclowns.jp

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

NO. _____

日本クリニックラウン協会 入会申込書

クリニックラウンの活動を応援くださり本当にありがとうございます。
これからも皆様と一緒に入院中の子どもたちに「こども時間」を届けていきたいと思ひます。
今後ともどうぞよろしくお願ひします。

※ご希望の会員種別の番号に○をしてください。

1. 賛助会員 個人 (3,000円/年) 1口 3,000円～
2. 賛助会員 団体 (10,000円/年) 1口 10,000円～

ご氏名 (団体の場合は、団体名と代表者名をお書きください。)
(フリガナ:必ずご記入ください)

所属 (任意)

ご住所
〒

電話番号・ファックス番号

TEL: _____ FAX: _____ 携帯: _____

メールアドレス

_____ @ _____

※協会のホームページを見ることはできますか? はい ・ いいえ

支援しようと思った理由やクリニックラウンへのメッセージがあればお願ひします。

(_____)

●お知らせいただきました情報は、適切に管理し第三者に知られることはありません。