

福島第一原発サプリメント支援お申込書

一刻も早い事故の終息が望まれる
福島第一原発の作業員の皆さんに、
サプリメントをお届けするプロジェクトにお力添えください。

① ご連絡先をご記入ください。

フリガナ			
医療機関名 お名前			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	

◆当社ホームページ上でのご協力者名の公表の可否をお教えてください。

公表OK 匿名希望

(いずれかに、✓を入れてください。ご記入の無い場合は公表させていただきます。)

② ご支援くださる口数をご記入ください

参加口数: _____

※1口当たり、マルチビタミン&ミネラルと
スーパーアンチオキシダント+Rをそれぞれ2本ずつ
合計4本(27,300円相当)を、
福島第一原子力発電所にお届けいたします。

③ 参加費用とお支払い方法についてご確認ください。

10,000円 (税込) × _____ = _____ 円

◆お支払方法をお選びください

お振込み } ・領収書 (領収書が必要な場合には、✓を入れてください。)
 代金引換 } 領収書宛名 : _____

※代金引換をお選びの場合、弊社からの領収書を代金引換にてお送りします

◆お振込み先

○静岡銀行	伝馬町支店 (普)0463857	カ)ヘルシーパス
○三井住友銀行	静岡支店 (普)3597993	カ)ヘルシーパス

※必ず申込者の氏名にてお振込願います。

※振込手数料はご負担願います。

④ この件に関するお問い合わせは・・・

株式会社ヘルシーパス

☎ 0120-797-464 (通話無料)

静岡県静岡市葵区栄町2-10 1192ビル4F