

沖 事 第 36 号
令和 8 年 5 月 15 日

関 係 各 位

(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団
理 事 長 田 名 毅



令和 8 年度 臓器移植推進事業賛助会員へのご入会について (依頼)

時下、益々ご隆盛のこととお喜び申し上げます。

平素より当事業団の事業に対し、格別のご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当事業団では、臓器移植推進事業の趣旨に賛同していただける賛助会員を広く募集しています。

沖縄県における腎不全患者は毎年増加し、2025 年末のデータでは 255 名の方が日本臓器移植ネットワークに献腎移植希望登録しています。当事業団は、移植希望者のサポートの一環として、移植希望登録に必要な検査の助成等を行っています。

当該事業にご理解とご賛同をいただき、「臓器移植推進事業賛助会員 (グリーンリボンサポーター)」にご入会いただけますようお願い申し上げます。ご入会の際には、お手数をおかけしますが、別紙 1 (事業団ホームページよりダウンロード可) にて F A X かメールで返信下さいます様をお願いします。

- | | |
|---------------|---|
| 1. 賛助会費 | 一口につき 3 万円/年額 |
| 2. 会員期間 | 令和 9 年 3 月 31 日まで |
| 3. 会費振込先 | |
| (1) 口座名義 | (公財) 沖縄県保健医療福祉事業団 理事長 田名毅 |
| (2) 口座番号 | |
| 0 0 1 5 7 3 0 | 普通預金 琉球銀行内間支店 (オキナワケンナカノリョウカシギ) |
| 1 1 0 9 5 0 5 | 普通預金 沖縄銀行末吉支店 (ザイ)オキナワケンナカノリョウカシギョウ) |
| 0 0 0 2 4 2 1 | 普通預金 沖縄海邦銀行新都心支店 (ザイ)オキナワケンナカノリョウカシギョウ) |
| 1 1 4 1 8 1 3 | 普通預金 沖縄県労働金庫本店 (ザイ)オキナワケンナカノリョウカシ) |
| 4. 備 考 | 賛助会費 (寄付金) については、税制上の優遇措置が適用されます。 |



【問い合わせ先】

(公財) 沖縄県保健医療福祉事業団

担当：勝連

TEL：0 9 8 - 8 7 9 - 6 3 1 1

FAX：0 9 8 - 8 7 9 - 6 3 1 6

メール：gr-okinawa@kenkou-island.or.jp

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8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 : _____