

平成 年 月 日

寄付申込書 (法人・団体用)

公益財団法人 難病医学研究財団
理事長 大塚 義治 殿

金 円也

公益財団法人 難病医学研究財団の目的及び事業に賛同し、上記の寄付申込をいたします。

1. 申込者

法人名 : _____ (_____ 歳)

代表者氏名 : _____

ご住所 : 〒 _____

電話番号 : _____ F A X 番号 : _____

ご担当者名 : _____ ⑩

所属/役職 : _____

※当財団のホームページおよび機関誌等への氏名の掲載をされない場合は□にレを入れてください

□氏名などの掲載を希望しません

2. 振込予定日 平成 年 月 日 予定

3. 振込口座

	金融機関名	口座番号
<input type="checkbox"/>	三井住友銀行 麹町支店	普通預金 No.0141426
<input type="checkbox"/>	みずほ銀行 神田支店	普通預金 No.1286266
<input type="checkbox"/>	三菱 UFJ 銀行 神田駅前支店	普通預金 No.1125491
<input type="checkbox"/>	郵便振替口座	No.00140-1-261434

名義はいずれも 公益財団法人 難病医学研究財団 です

4. 寄付受領書等の発行を希望される場合は□にレを入れて下さい

発行を希望します

(注) 受領書の交付を受けた場合は、地方公共団体に報告をする場合があります

お差し支えない範囲でご記入下さいますようお願いいたします

①当財団をお知りになったきっかけ

②当財団をお選びくださいました理由、寄付に際してのお気持ちなど ※今後の参考にさせていただきたいと存じます