

平成 年 月 日

寄付申込書 (個人用)

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

ふりがな

ご芳名： _____ ⑩ (_____ 歳)

ご住所：〒 _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

※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希望されない場合は□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

●ご遺族の場合

故人の氏名・年齢

(_____ 才)

寄付者との間柄

病名等
