

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 吉原健二 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 : \_\_\_\_\_

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
	三井住友銀行 麹町支店	普通預金 0141426
	みずほ銀行 神田支店	普通預金 1286266
	三菱東京 UFJ 銀行 神田駅前支店	普通預金 1125491
	郵便振替口座	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

当財団をお知りになったきっかけ

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