　　　　　　　　　 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　　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

ふ　り　が　な

ご 芳 名 ： 　　　　　　　　　　 　　 　　㊞　　　（　　　　　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 |
|  | □ | 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**

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