

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 : _____ F A X 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 No.0141426
☐	みずほ銀行 神田支店	普通預金 No.1286266
☐	三菱東京 UFJ 銀行 神田駅前支店	普通預金 No.1125491
☐	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
