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 | ： |  | ㊞ | （ |  | 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ご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ご希望される場合は□にレを入れてください。

 □　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。

**お差し支えのない範囲でご記入ください。**

 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ます。

|  |
| --- |
|  |
|  |

 ※ご遺族の場合

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 故人の氏名 |  |  | 歳 | ご寄付申込者との間柄 |  |
| ご病名等 |