

## 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 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 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 歳 ご寄付申込者との間柄 \_\_\_\_\_

ご病名等 \_\_\_\_\_