

寄付申込書（特定）

公益社団法人東松山医師会
会 長 柏原 秀行 様

金額 金 円

上記の金額の寄付を申し込みます。寄付金の使途について、次のとおり申し出ます。

寄付金の使途

平成 年 月 日

<ご依頼人欄>

受付番号（個人・法人共通）

【個人様】お 名 前

ご 住 所 〒

〈電 話〉 〈E-mail〉

【法人様】法 人 名

代 表 者 〈役職名〉 〈お名前(ふりがな)〉

担 当 者 〈部署名〉 〈お名前(ふりがな)〉

..... 〈電 話〉 〈E-mail〉

住 所 〒

お振込先 該当に○を付してください。

振込先名義 公益社団法人 東松山医師会

(コウエキシャダンホウジン ヒガシマツヤマイシカイ)

該当に○印	郵便・銀行名	口座番号
	ゆうちょ銀行 店名 038	普通 4689698
	埼玉りそな銀行 東松山支店	普通 3979865

お振込予定日 平成 年 月 日

※申込書は、郵送又はFAXによりご送付をお願い申し上げます。

〒355-0021 埼玉県東松山市神明町1-15-10

公益社団法人東松山医師会 事務局 総務課

FAX 0493-22-8903 TEL 0493-22-2822

..... (以下は本会事務局が記入します)

			経理	受付	(備考)
					(受領) 平成 年 月 日

