

公益社団法人 昭和会  
代表理事 今給黎和幸 殿

## 寄 附 金 申 込 書

〒

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

連絡先（電話）： \_\_\_\_\_

下記の通り、寄附を申し込みます。

記

1. 寄付金額 金 円也

2. 寄附の目的（使途を指定する場合は、レ点をご記入ください。）

寄 附 目 的	寄附金額
<input type="checkbox"/> 救急・がん診療・周産期医療に対する医療機器の整備	円
<input type="checkbox"/> 医療スタッフの教育育成・研修支援	円
<input type="checkbox"/> 地域社会への貢献活動	円
<input type="checkbox"/> 感染医療に対する医療従事者への支援	円
<input type="checkbox"/> 指定なし	円
<input type="checkbox"/> その他（具体的目的）	円

3. 寄附の方法（ご希望のお支払方法にレ点をご記入ください。）

銀行振込（お振込み予定日 月 日）（振込用紙をご郵送差し上げます。）

現 金（お振込み予定日 月 日）

そ の 他 \_\_\_\_\_

4. 昭和会広報誌及びホームページへの掲載の可否（レ点をご記入ください。）

希望する 希望しない

※希望する場合：住所のうち市町村名のみ 氏名・法人名 寄附金額

御意見御要望等ございましたら、ご記入ください。