

寄付申込書

年 月 日

公益財団法人 日中医学協会 殿

趣旨に賛同し下記金額を公益財団法人日中医学協会に寄付いたします。

金 円也

寄付申込者の名称または氏名

⑩

住所・電話番号

記

1. 送金方法 一括送金 ・ 分割送金
2. 送金時期 指定銀行口座に 月 日頃送金
3. 分割送金の場合
第1回 年 月 日
第2回 年 月 日
4. 領収書送付先(法人・団体等の場合)

住所・〒 _____

支店名 _____ 部署名 _____

担当者名 _____

電 話 _____ F A X _____

電子メール _____