寄付申込書

20　　年　　月　　日

公益財団法人　笹川保健財団

会長　喜　多　悦　子　殿

住所（所在地）

氏名（団体・法人名）

　　 （代表者名）

わたしは笹川保健財団の公益目的事業に賛同し、以下のとおり寄付します。

記

1. 寄付金　（ご希望の寄付金に、チェックマークを入れてください。）

□　　ハンセン病のない世界

□　　地域保健の推進

□　　マダガスカル口唇口蓋裂治療

□　　当財団の活動全般

1. 金　額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

　 納付方法　□銀行振込み　金融機関：三菱UFJ銀行　銀座通支店

　　　　　　 　　　　　　　名義：公益財団法人　笹川保健財団

口座：普通口座　1107564

1. 送金予定日　　　　20　　年　　　月　　　日
2. 個人情報の取扱　　（下記のいずれかを○でお囲みください。）

　　　　　　　　　　　氏名の公開　　　　　希望する　・　希望しない

　　　　　　　　　　　寄附金額の公開　　　希望する　・　希望しない

　　　　　　　　　　　＊未記入の場合は、非公開とさせていただきます。

以上

|  |  |
| --- | --- |
| *ご連絡先：* |  |
| *氏名・団体名（ご担当者様名）*  *TEL・FAX・e-mail等* |  |