

FAX : 03-6229-5388 (TEL : 03-6229-5377)

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

2. 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

3. 送金予定日 20 年 月 日

4. 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	