

平成 年 月 日

## 寄 附 申 込 書

(公財) 鹿児島県角膜・腎臓バンク協会  
理事長 池田 琢哉 殿

申込者

住所

〒

しめい めいしょう  
氏名又は名称

代表者職氏名

電話番号

公益財団法人鹿児島県角膜・腎臓バンク協会の設置目的、事業内容に賛同し、  
下記のとおり寄附いたします。

### 記

1 寄附金額 \_\_\_\_\_ 円

2 寄附の種類

- 一般寄附金 寄附金の50%以上を定款第4条の事業に使用します。  
 特定寄附金 寄附金の使途について条件をご記入ください。

3 寄附予定年月日 平成 年 月 日

### ※振込口座

鹿児島銀行 中央支店 普通 602542 口座名義 (公財) 鹿児島県角膜・腎臓バンク協会 理事長 池田琢哉
---

※該当欄にレを記載願います。

寄附者名をホームページおよび機関誌にて公開することに

- 同意する  同意しない

※本申込書はFAXにてご返送ください (FAX番号: 099 - 295 - 6421)