

令和 年 月 日

寄 附 申 込 書

(公財) 鹿児島県移植医療アイバンク推進協会
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移植医療アイバンク推進協会の設置目的、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 令和 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) 鹿児島県移植医療アイバンク推進協会 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)

(事務局記入欄 申込番号: _____)