

寄附金申込書

公益社団法人大阪府歯科衛生士会
会 長 山 口 千 里 様

金額 金 円

上記の金額の寄附を申し込みます。

令和.....年.....月.....日

ふりがな

御 芳 名 (法人様の場合、代表者の役職・御芳名をご記入ください)

.....
ふりがな

御 団 体 名 (個人の場合、ご記入は不要です)

.....
御 住 所

〒.....

.....
<電 話>.....

.....
<E-mail>.....

(寄附目的) いずれかに○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	事業の指定(指定事業をご記入ください)	()
<input type="checkbox"/>	使途を指定しない	

(氏名の公表)

本会の広報誌等への寄附者のお名前を掲載することを辞退される場合は○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	氏名の公表を辞退する
--------------------------	------------

(お振込予定日) 令和 年 月 日

(お振込先) お振込先に○を付けてください。(口座名義 公益社団法人大阪府歯科衛生士会)

	銀行名	口座番号
<input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行	振替口座 00950-9-47815
<input type="checkbox"/>	三菱UFJ銀行 谷町支店	普通預金 0114079

◎ 申込書は、郵送又はFAXによりご送付をお願いいたします。

(住所) 〒543-0073 大阪府大阪市天王寺区生玉寺町4-16-101

公益社団法人大阪府歯科衛生士会

FAX 06-4302-4767 TEL 06-4302-4767

..... (以下は会事務局が記入します)

			総務	受付	(経過等)
(受領)	令和	年	月	日	