

寄 付 申 出 書

私は下記のとおり寄付いたします。

記

寄 付 先	(認定) NPO法人 夢・同人 理事長 國松善次 〒522-0069 滋賀県彦根市馬場1丁目4-29
寄 付 年 月 日	令和 年 月 日
寄 付 額	_____ 円
(フリガナ)	
寄 付 者 名	
連 絡 先	〒 Tel ()
寄 付 の 種 類 (寄付の目的を特定される場合該当する箇所に○をしてください)	<input type="checkbox"/> 一般寄付 <input checked="" type="checkbox"/> 寄附先指定寄付 (事業名:コロナ戦医療スタッフ感謝エール募金) *事業費を指定された場合は事業名も記入してください
寄 付 の 趣 旨	「コロナ戦医療スタッフ感謝エール募金」
情報の公開 (お名前・金額等)	①本会ホームページ等への公表に同意いただける場合は「同意する」に○を、同意いただけない場合は「同意しない」に○をつけてください。 同意する ・ 同意しない ②報道機関への情報提供に同意いただける場合は「同意する」に○を、同意いただけない場合は「同意しない」に○をつけてください。 同意する ・ 同意しない
送付先	〒522-0069 滋賀県彦根市馬場1丁目4-29 FAX:0749-22-2353 E-mail:yumedoujin@ares.eonet.ne.jp