

令和 年 月 日

寄附金申込書（振込確認書）

公益社団法人 神奈川県助産師会
会長 村上明美 殿

(〒 -)

住 所：

社 名：

役職名：

氏 名：

※ 個人でお申し込みの場合は、住所と氏名のみを御記入下さい。

私は、貴会の趣意に賛同し、寄附金等取扱規程の規定を了解したので、下記の口座に振り込みいたしました。

1. 寄附金額： _____円

2. 振込日 令和 年 月 日

3. 振込口座

ゆうちょ銀行 ○二八支店

普通 9584443

公益社団法人神奈川県助産師会

4. 寄付目的（どちらか1つ選んで□にチェックをいれてください）

一般寄付（活動のすべてで特に指定ないもの、寄付金控除対象外です）

特定寄付（寄付金控除対象になります）

（事業を指定したい場合のみ、以下の□にチェックをいれてください）

助産及び母子保健の普及・啓発及び調査・研究に関する事業

助産師の資質向上のための教育及び環境整備に関する事業

5. 連絡先：領収書を送付する御担当者を御記入下さい。

所属部署・役職名：

氏名：

(〒 -)

住 所：

電話：()

内線

FAX：()

E-mail：_____

6. ホームページへの公開確認事項

氏名・社名の公表を 同意しません

* ご記入いただいた個人情報には寄付に関する手続きのために使用し、厳重に管理いたします。

公益社団法人 神奈川県助産師会

tel 045-262-4201 fax 045-348-9020 mail : mw-kngw@gold.ocn.ne.jp