

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 岡本登美子 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 9 5 8 4 4 3

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

F A X：()

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 ☐ 同意します ☐ 同意しません

* ご記入いただいた個人情報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