(様式1)

|  |
| --- |
| 平成　　年　　月　　日寄附金申込書特定非営利活動法人広域連携医療福祉システム支援機構理事長　殿寄附者（法人、個人）御住所御氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり寄附します。寄付金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　円也（　　口）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

(注)　１．寄付される方は日付を記入し、法人、個人のどちらかに○印をお願いします。

２．法人の場合は、上記の御氏名欄に、代表者の役職・御氏名をご記入願います。

３．寄付金の額は１口１，０００円以上（個人の場合）あるいは１口１０，０００円以上

（法人の場合）となり、口数も記入願います。

４．申込書は下記により、送付ください。

　　FAX　03-3450-8052（NPO法人東京事務所）

　　Eメール：sutoh-yasuzou@core-s.co.jp

５．寄付金の振込先は下記にお願いします。

　　　三井住友銀行西葛西支店　口座番号 ２２２６２６６

名義　特定非営利活動法人

　　　広域連携医療福祉システム支援機構