(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](mailto: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