

「東日本医療復興支援 Team Holy」寄付金受付事務局行き
FAX：022-746-1340

「東日本医療復興に向けた寄付金」拠出申込み書

下記の通り、「東日本医療復興に向けた寄付金」を拠出いたします。

— 記 —

お申込み日：平成 年 月 日

お申込み人様
お名前（法人名）：

ご住所：〒

電話番号： () FAX 番号： ()

E-mail：

寄付金お申込み

寄付金は一口 1,000 円単位でお申込み下さい。

拠出口数： 口 円 ※1 口 1,000 円

預かり証送付先

預かり証が必要な方はお申し出ください。また、預かり証の送付先がお申込み人様住所と異なる場合は下記にご記入ください。

預かり証の発行(○で囲んでください)： 希望する ・ 希望しない

お名前（法人名）：

ご住所：〒

電話番号： () FAX 番号： ()

※お申込みいただいた個人情報は、当会の個人情報保護方針に基づき個人情報の保護に努めます。

個人情報保護方針について <http://team-holy.com/privacy.html>