

※郵送または FAX にてお送りください。

公益社団法人 日本小児保健協会 宛

FAX : 03-3868-3092

住所 : 〒112-0004 東京都文京区後楽 1-1-5 水道橋外堀通ビル 9 階

平成.....年.....月.....日

## 寄 附 申 込 書

公益社団法人 日本小児保健協会会長 殿

氏名 (団体にあつては、団体名および代表者氏名) :

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

次のとおり、公益社団法人日本小児保健協会に寄附を申し込みます。

### 記

1. 寄附の目的 (チェックをしてください。)

- 日本小児保健協会の運営費の補助として
- 日本小児保健協会の研究助成活動の補助として
- 日本小児保健協会が助成する団体の補助として

2. 寄附金額 : 金.....円

3. 寄附の方法 (チェックをしてください。)

- 全国の金融機関からの振込み (手数料は、寄附申込み者ご負担にてお願いいたします。)

《 寄附金振込口座 》

三井住友銀行 麹町支店

店番号 : 218 普通預金口座 口座番号 : 9257961

名義 : 公益社団法人日本小児保健協会 (コウエイヤダノホウジシヨウニホケンキョウカイ)

- 現金書留による送付 (手数料は、寄附申込み者ご負担にてお願いいたします。)
- 持参 (日本小児保健協会事務局を窓口として受付しております。)

4. 寄附の予定期日 : 平成.....年.....月頃

5. いただいたご寄附について、当協会ホームページにて各年度更新でご紹介をさせていただきます。(いずれかにチェックをしてください。)

- 寄附者名 (団体名)、寄附金額、寄附の目的の公表について同意します。
- 寄附者名 (団体名) のみ公表に同意する。
- 公表は希望しません。

以上