

(様式第1号)

年 月 日

寄付申出書

公益財団法人 兵庫県予防医学協会
会 長 深 谷 隆 様

ご住所 : _____

お名前 : _____

ご連絡先 : (_____) _____

この度、公益財団法人兵庫県予防医学協会に寄付をしますので、下記の通り申し出ます。

記

1. 寄付物件 _____

金 _____ 円 (寄付金の場合)

2. 寄付目的 _____

(特にない場合は、記入不要です)

3. 寄付条件 なし

4. お名前の公表について (可 ・ 不可) いずれかに○をつけてください。