支援金領収書発行申込書

公益社団法人　日本医師会　御中

下記の通り支援金を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 件名 | | ウクライナへの医療支援のため |
| 支援金額 | | 円 |
| ご 芳 名  お名前又は法人名  （領収書宛名） | | (フリガナ) |
|  |
| 住 所  (領収書発行先) | | (フリガナ) |
| 〒　　　－  都道府県　　　　　　　　　市 区 町 村 |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| Fax番号 | 申込書をFAXで提出された方はご記入お願いします |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込情報（入金照合用） | |
| 振込日（予定日） | 月　　日 |
| 振込人名義 | （寄附者名と振込人名義が異なる場合ご記入下さい） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局記入欄（HP） | | |
| 受付日 | 月　　　日 | 備考 |
| 入金日 | 月　　　日 |
| 領収書No |  |

|  |
| --- |
| 本申込書を日本医師会経理課宛にお送り下さい  郵送：〒113-8621 東京都文京区本駒込2－28－16  FAX : 03－3942－6504　　電子メール: [keiri@po.med.or.jp](mailto:keiri@po.med.or.jp) |