

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) | |
| | 〒 | — 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をお願いします |

| | |
|--------------|--------------------------|
| 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) |

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

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