一般寄附金申込書

一般財団法人動物看護師統一認定機構　御中

20　　　年　　　月　　　日

以下のとおり、寄附を申し込みます。

# ［寄附金額］口数と金額をご記入ください。

１口 10,000円　×＿＿＿口 = 金　　　　　　　円

# ［申込者・申込団体情報］

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者・申込団体情報 | フリガナ |  |
| 氏名または団体名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| URL |  |
| （団体のみ）  担当者  情報 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 役職 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 寄附者名の公開  どちらかに○をつけてください。 | | 可　・　不可  ＊「可」の場合、個人の場合はご氏名、団体の場合は団体名・URLを本機構ホームページに公開いたします。 |

＊申込内容を審査の上、後日、申込者・申込団体情報に記入されたご住所に請求書を郵送いたします。

【送付先】

〒113-0033 東京都文京区本郷5-23-13 タムラビル8階

FAX:：03-5805-6062

E-mail：info@ccrvn.jp