

学会等寄附申込書

令和 年 月 日

公益財団法人京都府医学振興会理事長 様

寄附者 (〒)
住 所.....

氏 名.....^⑩

(法人等の場合は、法人名及び職・氏名をご記入ください。)

学会等支援事業の趣旨に賛同し、下記のとおり寄附します。

記

1 寄附金額.....円

2 寄附の目的等
(学会等名称)

.....のために、
寄附します。

なお、寄附に関する上記以外の付帯条件は、ありません。

3 その他(寄附予定日等)

令和 年 月 日頃

担当者(領収書送付先)

会社名
部署・担当者名
電話番号
所在地(〒)

- (注) 1 この寄附申込書は、公益財団法人京都府医学振興会へ送付していただくか、直接ご持参いただきますようお願い申し上げます。(FAX 不可)
- 2 寄附金につきましては、この寄附申込書を提出していただいた後に、寄附金募集要項に記載の銀行口座にお振り込み願います。