

寄 附 申 込 書

年 月 日

公益財団法人白浜医療福祉財団
理事長 井 潤 誠 様

(寄附者)

御 芳 名 (法人の場合は、法人名及び代表者の役職・氏名をご記入ください。)
(ふりがな)

㊞

住 所 〒

電話番号

下記のとおり公益財団法人白浜医療福祉財団に寄附を申し込みます。

記

1. 寄附金額 金 _____ 円

2. 寄附の用途 (ご寄附の用途にご希望がある場合は、以下にご記入願います。)

3. 寄附の方法

区 分	いずれかに○印を記入してください。
(1) 現金	
(2) 銀行振込	

4. ご芳名の公開について

区 分	いずれかに○印を記入してください。
(1) 公開する	
(2) 公開しない	

※寄附金額はホームページにて公開させていただきます。