

# 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 殿

(寄附者)

〒

住 所

氏 名

印

電 話

(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。)

下記のとおり公益財団法人白浜医療福祉財団 骨リウマチ疾患探索研究所に寄附いたします。

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. 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	