

# 寄附申込書(個人)

特定非営利活動法人 日中医学交流センター 御中

貴センターの趣旨に賛同し下記金額を寄附いたします。

金 \_\_\_\_\_ 円也

お申込日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな  
ご 芳 名 \_\_\_\_\_

ご 住 所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

よろしければ以下、3項目をご記載ください。

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

お支払時期 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃

振込人名(カタカナ) \_\_\_\_\_

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 寄附金お振込先                          | みずほ銀行 新宿南口支店                                    |
|                                  | 店番号:069   |
|                                  | 普通預金口座番号:1677443                                |
|                                  | 名義:特定非営利活動法人日中医学交流センター<br>トクヒ)ニツチュウイガクコウリュウセンター |
| 寄附に際してご要望、ご意見がございましたら以下にお書きください。 |   |

※物資をご寄付頂ける場合、事前に電話またはEメールにてご連絡ください。