

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 トクビ)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。	