送付先 --- FAX：０２２－３９７－６７０３／郵送：〒980-0004 仙台市青葉区宮町4-6-24

|  |
| --- |
| 寄附申込書 |

20　　　　　年 月 日

公益財団法人 一迫記念 READ血液アカデミー　代表理事　殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 寄  附  者 | 個  人 | 住所 | | 〒　　　　　－ |
| ふりがな | |  |
| 氏名 | |  |
| 電話 | | （携帯可）　　　　　　　　　　　　－ － |
| E-mail | | ＠ |
| 団  体  ･　法  人 | 住所 | | 〒　　　　　　　－ |
| ふりがな | |  |
| 名称 | |  |
| HPアドレス | | http:// |
| 職名 | |  |
| ふりがな | |  |
| 氏名 | |  |
| 連絡先  ・  担当者 | 住所 | 〒　　　　　　　－ |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 電話 | （携帯可）　　　　　　　　　　　　－ － |
| E-mail | ＠ |

貴法人の事業目的に賛同し，下記のとおり寄附いたします．

－　記　－

1. 寄附金額 ： 金　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　円
2. 使途の指定 ： 下記のA，Bいずれかを○で囲んでください）

A． 公益目的事業に使用されたい．（特に事業を限定する場合：　　　　　　　　　　　事業）

B． 貴法人の管理・運営に使用されたい．

1. 送金予定日 ： 20 年 月 日 前後 （下記へ）

（口座） 七十七銀行 本店 （普通） ７８０８４８８

（名義） 公益財団法人一迫記念READ血液アカデミー： ザイ．イチノハサマキネンリードケツエキアカデミー

* 「公益財団法人」を略したカナ読みは「ザイ」となります．
* 恐れ入りますが振込手数料のご負担につきましてもよろしくお願いいたします．

1. 情報の公開 ： 弊法人の広報紙（あぃれぶら：年1回12月1日発行）上の公開にあたって（いずれかを選択）

* 個人名／法人名の掲載を了承 （ □ する ・ □ しない ） → 「する」の場合は次へ
* 寄附金額の併記を了承 （ □ する ・ □ しない ）