ＦＡＸ　　０８５９（３４）６２５２

寄附金申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　公益社団法人鳥取県西部医師会

　　　会　長　　**藤　瀬　雅　史**　様

　　　　　下記金額を寄附金として申し込みます。

金　　　　　　　　　　　　　円也

御芳名・法人名

（何れかに○印をお願いします。領収書の宛名とします。）

御住所　〒

（領収書の送付先とさせて頂きます。）

振込予定日　　令和　　年　　月　　日

　　御寄附をお寄せ頂いた方は、御芳名を鳥取県西部医師会報に掲載し御礼にかえさせて頂きます。掲載を希望されない方は、下記に○印をお願い致します。

　　　氏名・法人名の掲載を　希望しない。

**振込先　　山陰合同銀行　米子支店　普通預金口座　２１８２５３５**

**名義　公益社団法人鳥取県西部医師会　会長　藤瀬　雅史**

　　　　　　　 (ｺｳｴｷｼｬﾀﾞﾝﾎｳｼﾞﾝ ﾄｯﾄﾘｹﾝｾｲﾌﾞｲｼｶｲ ｶｲﾁｮｳ ﾌｼﾞｾﾏｻﾌﾐ)

領収書発行の際、上記事項が必要となりますので、御記入頂き、ＦＡＸ（０８５９－３４－６２５２）で御送付頂き、その後に、御振込み頂きますようお願い申し上げます。