

寄附申込書

年 月 日

公益財団法人 北海道医療団
理事長 三浦雅人 殿

(寄附者)

郵便番号 ー

住 所

フリガナ

氏 名

印

(法人の場合は、法人名及び代表者の役職・氏名を記入して下さい。)

生年月日 明・大 年 月 日
昭・平

電話番号 ー ー

下記のとおり公益財団法人北海道医療団に寄附致します。

記

1. 寄附金額 円

2. 寄附の用途
(ご寄附の用途にご希望のある場合は、以下にご記入願います。)