**寄附申込書**

公益社団法人福岡県看護協会

会　　長　大和　日美子　様

　年　　　　　月　　　　　日

・ご芳名（法人様の場合は、団体名・代表者の役職・ご芳名をご記入下さい）

・ご住所

〒　　　　―

・ご連絡先（電話番号・メールアドレス等）

この度、貴協会の公益目的事業の内容に賛同し、下記の金額の寄附を申し込みます。

金額　金　　　　　　　　　　　　　　円

１．利用目的の指定（下記の当該番号に○印をお願いします。）

　　(1) 使用目的については特定しません。

　　(2) 貴協会の公益目的事業全般に使用されたい。

　　(3)【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】事業に使用されたい。

２．領収証の要・不要についてご記入ください。 　 （　　 要　　・　　不要　）

※どちらかに○をご記入ください。

３．寄附者芳名録への掲載についてご記入下さい。

　　(1) 福岡県看護協会「総会要綱」(冊子)への掲載 （　　承諾　　・　不承諾　）

　　(2) 協会ホームページへの掲載 （　　承諾　　・　不承諾　）

　　 ※どちらかに○をご記入ください。

≪お申込方法≫

　寄附申込書は、郵送またはＦＡＸでご送付ください。(確認後、ご連絡をさせていただきます)

　住所：　〒812-0054　福岡市東区馬出4丁目10番1号　ナースプラザ福岡

　FAX：　092-631-1142

≪お問い合わせ先≫

　公益社団法人福岡県看護協会　総務課 経理・会員管理係

　TEL：　092-631-1143