

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
〒 ー

・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

- 利用目的の指定（下記の当該番号に○印をお願いします。）
 - 使用目的については特定しません。
 - 貴協会の公益目的事業全般に使用されたい。
 - 【 _____ 】事業に使用されたい。
- 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。
- 寄附者芳名録への掲載についてご記入下さい。
 - 福岡県看護協会「総会要綱」(冊子)への掲載 (承諾 ・ 不承諾)
 - 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