

# 寄附申込書

年 月 日

公益財団法人川崎医学・医療福祉学振興会 理事長 殿

## 寄附申込者

氏名 ①

住所（住民票記載のもの）  
〒

電話（ ） ー

貴法人が行う事業の趣旨に賛同し、その事業を行うための財源にあてるため、下記のとおり寄附を申し込みます。  
なお、この寄附金は出資目的とする寄附金ではありません。

## 記

1. 寄附金の額 金 円

但し  $\left[ \begin{array}{l} \text{公益目的事業会計へ} \quad 90\% \\ \text{一般正味財産（法人会計）へ} \quad 10\% \end{array} \right]$  の扱いとする。  
(全額が所得税控除の対象になります。)

2. 払込方法（いずれかを○でお囲みください。）

郵便振替  銀行振込

3. 寄附金払込期日（予定） 年 月 日

\* 御寄附者一覧への掲載 （差し支えない  辞退する ）

【注】 いずれかを○でお囲みください。「差し支えない」場合、お名前のみ掲載させていただきます。