

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 園尾 博司 殿

寄附申込者

氏名 ⑩

住所 (住民票記載のもの)
〒

電話 () -

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。

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。