

申込日 202 年 月 日

衣笠病院グループ 寄付・後援会申込書

社会福祉法人 日本医療伝道会 理事長
以下の通り寄付をいたしますので、お納めください

フリガナ		
お名前	様	
ご連絡先	TEL	携帯
	〒	
フリガナ		
所属団体		
寄付金額 <small>□にシをお付け下さい</small>	<input type="checkbox"/> 一括 金 円	<input type="checkbox"/> 月払い 金 円
入金予定日	202 年 月 日	
用途の指定 <small>□にシをお付け下さい</small>	<input type="checkbox"/> 貴会に一任します <input type="checkbox"/> 以下の用途に使用してください []	
ご芳名の掲載 <small>□にシをお付け下さい</small>	機関紙やホームページ等に寄付者として氏名の掲載を <input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません	
後援会入会 <small>□にシをお付け下さい</small>	<input type="checkbox"/> 希望する ※年間12,000円以上のご寄付で人間ドック割引・駐車場無料等の特典があります <input type="checkbox"/> 希望しません	
送金方法 <small>□にシをお付け下さい</small>	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 横浜銀行 衣笠支店 普通預金 0248596 <input type="checkbox"/> 座名義:社会福祉法人 日本医療伝道会 フク) ニホンイリョウデンドウカイ <input type="checkbox"/> かながわ信用金庫 栄町支店 普通預金 0200611 <input type="checkbox"/> 座名義:社会福祉法人 日本医療伝道会 フク) ニホンイリョウデンドウカイ <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 <input type="checkbox"/> 座記号番号 00220-2-13963 <input type="checkbox"/> 座名義:社会福祉法人 日本医療伝道会 フク) ニホンイリョウデンドウカイ	

※ゆうちょ銀行ご利用の場合は振替用紙をお送りいたしますので申し付けください。
 ※定額自動送金をご希望の場合は、各金融機関でお手続きをお願い致します。(手数料あり)

■申込書送付先

〒238-8588 横須賀市小矢部2-23-1 衣笠病院 総務課 宛 FAX 046-852-1183