

公益社団法人福岡医療団寄附金申込書

記入日 年 月 日

公益社団法人福岡医療団
代表理事 舟越光彦 殿

ご住所
ご芳名 ⑩
電 話

金 円也

公益社団法人福岡医療団の目的・事業の趣旨に賛同し、上記の金額を寄附致します。

(送金予定日 年 月 日)

- ※ 恐れ入りますが必要事項をご記入の上、ご郵送ください。
- ※ ご寄付頂いた方のご芳名を当団の機関紙等に掲載させていただくことがあります。
掲載を希望されない場合は、下記の□「掲載を希望しない」の□にチェックをお願いします。

「掲載を希望しない」

(取扱い窓口)

公益社団法人福岡医療団 本部財務部
〒812-0044 福岡市博多区千代5丁目18番1号
Tel.092-651-3167(直通)

銀行(振込口座)
福岡中央銀行 馬出支店 口座番号1108376
西日本シティ銀行 千代町支店 口座番号3011570
名義 公益社団法人福岡医療団 代表理事 舟越光彦
郵便局(振替口座)
口座番号 01740-142468
口座名称 公益社団法人福岡医療団

事務欄 (記入不要)

決裁	点検	作成

千代診療所