

理事長	常任理事	統括会計責任者	管理部長	受付者
		/	/	/

# 寄 附 申 込 書

社会福祉法人 福医会  
理事長 馬場裕基様

寄附者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
代筆者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
理由 \_\_\_\_\_

1 寄附年月日 年 月 日

2 寄附目的 ① 法人のために使用してください。  
② 事業所を利用される方のために使用してください。  
③ 使用目的は法人に一任します。  
④ その他(具体的目的)  
\_\_\_\_\_

3 金額 \_\_\_\_\_

4 品目 \_\_\_\_\_

5 理由 \_\_\_\_\_

6 区分 利用者・家族・遺族・業者・役職員・その他( )

情報の公開 今回の寄附(寄贈)について、お名前を公表(ホームページや広報誌等への掲載)することがあります。  
公表に同意いただける場合は「同意する」に○を、同意いただけない場合(匿名希望)は「同意しない」に○をつけてください。

同意する ・ 同意しない

役員会報告者	入金処理者

受領No.  
( 附 ・ 贈 ) - \_\_\_\_\_