様式　１

平成　　年　　月　　日

寄附金申込書

公益社団法人 福岡県診療放射線技師会 御中

 寄附者 御住所 　〒 　 −

 御芳名 　 　印

下記のとおり、公益社団法人福岡県診療放射線技師会への寄附を申し込みます。

記

１　寄附金額　　　金　　　　　　 　円也

２　寄附の目的

３　寄附に関する希望

＊事務担当者連絡先（上記寄附者蘭と納入依頼文書等送付先が異なる場合にご記入ください。）

住所 〒 　 −

会社名

所属・氏名

FAX  E-mail

(注) 法人の場合は、上記寄附者欄に、法人名・代表者の役職・御芳名をご記入いただき、代表者印を捺印してください。

なお，御住所・御芳名は、法人税法又は所得税法上の控除証明となる領収書の宛先となりますのでご注意ください。