

令和 年 月 日

特 定 寄 付 金 申 込 書

公益社団法人鹿児島県医師会
会長 牧角 寛郎 殿

金額 金 _____ 円

上記、金額の寄付を申し込みます。

(寄付金の使途について)

鹿児島県医師会「未来の芽プラン」小児・周産期医療対策基金の事業資金

(ふりがな)

御 芳 名 (法人様の場合は、代表者の役職・氏名をご記入ください)

.....
法 人 名 (個人様の場合は、記入不要です)

.....
御 住 所 〒 _____

.....
(電話番号： _____)

【寄付予定日】 令和 年 月 日予定

【本会会報誌（鹿児島県医師会報）へのご芳名の掲載について】

() 了承する () 辞退する

※振込口座

・鹿児島銀行 中央支店 普通預金 3036485
・鹿児島県医師信用組合 本店 普通預金 1004030
シャ) カゴシマケンイシカイ
<口座名義> 公益社団法人鹿児島県医師会

(送付先) 〒890-0053 鹿児島市中央町8番地1
公益社団法人鹿児島県医師会 経理課
[TEL] 099-254-8121 [FAX] 099-254-8129