**お申込み日：20　　年　　月　　日**

**特定寄附金申込書**

公益財団法人川野小児医学奨学財団

理事長　川野 幸夫　殿

貴財団の趣旨に賛同し、奨学・助成事業に使用する目的として下記の寄附を申し込みます

**お申込者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| お申込区分 | □個人　　□法人 |
| フリガナ |  |
| 団体名  個人の場合は記入不要です |  |
| フリガナ |  |
| ご芳名  法人の場合は代表者の 役職・氏名を ご記入ください |  |
| 担当部署・担当者名  個人の場合は記入不要です |  |
| お電話番号 |  |
| ご住所  受領書の送付先 | 〒 |
| メールアドレス |  |

**お申込内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 寄附金額　： | 金 |  | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 寄附予定日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 寄附方法  右表のいずれかに✔印をお付けください |  | 埼玉りそな銀行　川越支店　普通預金　１４１２０４３ |
|  | 武蔵野銀行　川越支店　普通預金　１２３９７３ |
|  | 現金 |

※ お振込の場合、口座名は「公益財団法人川野小児医学奨学財団　理事長　川野幸夫」となります

※ 大変恐縮でございますが、振込手数料はご寄附いただく方にご負担をお願いしております。

**お申込み先**　お申込書は下記いずれかにてお送りくださいますようお願い申し上げます

|  |  |
| --- | --- |
| 郵送先 | 〒350-1124　埼玉県川越市新宿町1－10－1  　　　　　　公益財団法人川野小児医学奨学財団　事務局 |
| ＦＡＸ | 049－246－7006 |
| メール | info@kawanozaidan.or.jp |