

様式 1

寄付金申込書

申込日： 年 月 日

公益財団法人 日本医学医療国際交流財団 行

金額 金 _____ 円

上記の金額の寄付を申し込みます。

(フリガナ)

氏名又は

法人名及び代表者名

住所：〒

電話番号：

FAX 番号：

メールアドレス：

◎寄付金の使途(いずれかにレ印をつけてください。)

医学医療交流事業 使途を指定しない

*使途を指定しない寄付金については、40%未満の範囲で管理費に使用する場合がございます。

◎寄付金のご入金方法(いずれかにレ印をつけてください。)

銀行振込 (お振込予定日： 年 月 日)

現金書留・・・下記財団住所宛ご送付お願いいたします。

*振込先の口座情報は申込書受領後追ってご案内いたします。

*振込手数料・送料はご負担いただきますようお願いいたします。

◎寄付金申込書送付先

公益財団法人 日本医学医療国際交流財団 事務局行

〒105-0004 東京都港区新橋5-7-13 ビュロー新橋603

TEL 03-6450-1410

FAX 03-6450-1417

e-mail : jimef@fork.ocn.ne.jp

★寄付金などの税の優遇措置について

当財団へのご寄付は、寄付金控除の対象となります。

確定申告の際に使用する寄付金受領証明書は、入金確認後に送付いたします。