

(ダウンロード用)

FAX送付先《076-252-8791》

## 寄付金申込書

公益社団法人石川勤労者医療協会への寄付を申し込みます

記入日 年 月 日

氏名 (ふりがな)	
氏名 (漢字)	
住 所	〒(            -            )
電 話 番 号	
メールアドレス	
金 額	円
送金予定日	年 月 日

事務欄 (記入不要)

受付	振込用紙 送付	総務部長		入金	領収書送付

--