

使途特定寄附金の募集に係る寄附申込書

令和 年 月 日

公益社団法人
東京都医師会
会長 尾崎 治 夫 様

下記金額の寄附を申し込みます。寄附者は現在、暴力団等反社会的勢力に所属していないことを表明し、かつ将来に亘っても該当しないことを確約します。

寄附額	円
使途・管理運用方法の希望	新型コロナウイルス感染拡大防止の活動支援のために使用する。
個人の場合 お名前	フリガナ 医師会員の場合 所属の地区医師会名 _____
法人の場合 法人名	フリガナ 担当者名：
ご住所 (領収書送付先)	フリガナ 〒
電話番号	()
FAX 番号	()
寄附者氏名の公表	寄附者氏名の公表を希望しない場合は、○で囲って下さい。 → 希望しない

ご記入後、本申込書を郵送、FAX または E-mail で東京都医師会事務局 経理課宛お送りください。
郵送：〒101-8328 東京都千代田区神田駿河台 2-5
FAX：03-3292-7097 E-mail：keiri@tokyo.med.or.jp

受付手続き完了後、振込口座等を記載した文書を「郵送」させていただきますので、そちらの口座にお振込みください。
入金確認後、東京都医師会から「寄附金領収書」をお送りします。
※「郵送」以外の方法で振込口座をお知らせすることはありません。
※誠に申し訳ございませんが、振込手数料につきましては各自のご負担となります。

(注記) 上記の寄附金は、全額を寄付者の特定した使途に使用します(東京都医師会寄附金等取扱規程第6条2項)。

以下は、公益社団法人 東京都医師会事務局が記入します。

理事	局長	次長	経理課長	担当	経過・対応
受付日：	年	月	日		
入金日：	年	月	日		
領収書：	年	月	日	No. _____	