**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　﨑　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

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　№ | | | | |