

## 寄附金申込書

公益社団法人 日本医師会 御中

金額 ..... 円

上記の金額の寄附を申し込みます。

寄附金の使途について（1又は2を選択ください）

1. 一般寄附金（日本医師会の事業全般に使用）
2. 指定寄附金（ご指定があればご記入ください）

令和 年 月 日

（ふりがな）

御芳名（法人様の場合は、代表者の役職・氏名をご記入ください）

御団体名（個人様の場合は、ご記入は不要です）

（領収証をご希望の方は必ずご記入ください）

住所 〒

電話.....:

E-mail.....:

- ・ 寄附者情報の公表（ 可 ・ 匿名希望 ）
- ・ 領収証発行の希望（ 必要 ・ 不要 ）

※本会への寄付金は、「特定公益増進法人」に対する寄附金に該当し税制優遇措置があります。詳細は、最寄りの税務署等にご相談ください。

・ 申込先

FAX (03-3942-6504)

E-mail [keiri@po.med.or.jp](mailto:keiri@po.med.or.jp)

〒113-8621

東京都文京区本駒込 2-28-16

公益社団法人日本医師会

経理課