

支援金領収書発行申込書

公益社団法人 日本医師会 御中

下記の通り支援金領収書の発行を申し込みます。

件名	令和6年9月能登半島豪雨への医療支援のため	
支援金額	円	
ご芳名 お名前又は法人名 (領収書宛名)	(フリガナ)	
住所 (領収書発行先)	(フリガナ) 〒 ー 都道府県 市区町村	
連絡先	電話番号	
	E-mail	
	Fax 番号	申込書を FAX で提出された方はご記入をお願いします

振込情報 (入金確認のため)	
振込日	月 日
振込元の金融機関	
振込人名義	(寄附者名と振込人名義が異なる場合は必ずご記入下さい)

本申込書を下記いずれかの方法で日本医師会経理課宛にお送り下さい

郵送：〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

FAX： 03-3946-6295 電子メール：keiri@po.med.or.jp

事務局記入欄 (HP)		
受付日	月 日	備考
入金日	月 日	
領収書 No		

【支援金口座】

銀行名：三井住友銀行 神田支店

口座番号：普通預金 3677549

口座名：公益社団法人日本医師会 能登半島豪雨医療支援金

フリガナ名：シヤ)ニホンイシカイノトハントウゴウウイリヨウシエンキン

* 振込手数料は各自ご負担願います。