

# 寄付申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 名古屋市獣医師会 会長 殿  
寄付者

〒

住所

(ふりがな)

法人・団体名

印

(ふりがな)

代表者名

## 【連絡先】

担当部署

担当者名

電話番号

メールアドレス

公益社団法人名古屋市獣医師会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付します。

寄付金額	金 _____ 円																		
寄付の方法	<input type="checkbox"/> 一括寄付 寄付予定日 平成 年 月 日																		
	<input type="checkbox"/> 分割寄付（分割の場合には、下記に必要事項をご記入願います。）																		
	<table border="1"><thead><tr><th>回数</th><th>金額</th><th>寄付予定日</th></tr></thead><tbody><tr><td>第1回</td><td>金 _____ 円</td><td>平成 年 月 日</td></tr><tr><td>第2回</td><td>金 _____ 円</td><td>平成 年 月 日</td></tr><tr><td>第3回</td><td>金 _____ 円</td><td>平成 年 月 日</td></tr><tr><td>第4回</td><td>金 _____ 円</td><td>平成 年 月 日</td></tr><tr><td>第5回</td><td>金 _____ 円</td><td>平成 年 月 日</td></tr></tbody></table>	回数	金額	寄付予定日	第1回	金 _____ 円	平成 年 月 日	第2回	金 _____ 円	平成 年 月 日	第3回	金 _____ 円	平成 年 月 日	第4回	金 _____ 円	平成 年 月 日	第5回	金 _____ 円	平成 年 月 日
	回数	金額	寄付予定日																
	第1回	金 _____ 円	平成 年 月 日																
	第2回	金 _____ 円	平成 年 月 日																
第3回	金 _____ 円	平成 年 月 日																	
第4回	金 _____ 円	平成 年 月 日																	
第5回	金 _____ 円	平成 年 月 日																	
寄付目的	名古屋市獣医師会にご寄付いただく目的について、該当する口欄にレ点または必要事項をご記入願います。																		
	<input type="checkbox"/> 公益事業（公益事業の内容は指定しない）																		
	<input type="checkbox"/> 狂犬病をはじめとする公衆衛生事業																		
	<input type="checkbox"/> 救急獣医療等を柱とする動物愛護事業																		
	<input type="checkbox"/> 獣医師という資格者団体としての学術事業																		
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）																			
確認事項	・ホームページ等への法人名とご寄付の金額を掲載させていただきますが、掲載を希望されない場合、該当する口欄にレ点をご記入願います。 <input type="checkbox"/> 法人名と金額の掲載を希望しない <input type="checkbox"/> 金額の掲載を希望しない																		
	・寄付者（法人名）の銘板を掲示することについて（累計寄付金額が100万以上のご寄付をされた方） <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない																		