

寄 附 申 込 書

年 月 日

公益社団法人 名古屋市獣医師会 会長 殿
寄附者

〒

住 所

(ふりがな)
法人・団体名

⑩

(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、下記のとおり寄附します。

寄附金額	金 _____ 円																		
寄附の方法	<input type="checkbox"/> 一括寄附 寄附予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 分割寄附（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" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">回 数</th> <th style="width: 45%;">金 額</th> <th style="width: 40%;">寄附予定日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1回</td> <td>金 _____ 円</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>第2回</td> <td>金 _____ 円</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>第3回</td> <td>金 _____ 円</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>第4回</td> <td>金 _____ 円</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>第5回</td> <td>金 _____ 円</td> <td>年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	回 数	金 額	寄附予定日	第1回	金 _____ 円	年 月 日	第2回	金 _____ 円	年 月 日	第3回	金 _____ 円	年 月 日	第4回	金 _____ 円	年 月 日	第5回	金 _____ 円	年 月 日
回 数	金 額	寄附予定日																	
第1回	金 _____ 円	年 月 日																	
第2回	金 _____ 円	年 月 日																	
第3回	金 _____ 円	年 月 日																	
第4回	金 _____ 円	年 月 日																	
第5回	金 _____ 円	年 月 日																	
寄附目的	名古屋市獣医師会にご寄附いただく目的について、該当する□欄にレ点または必要事項をご記入願います。 <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"/> 公益事業（用途は指定しない） <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附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□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 ・寄附者（法人名）の銘板を掲示することについて（累計寄附金額が50万以上のご寄附をされた方） <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない																		