

【個人用】

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)
氏 名
電話番号
メールアドレス

印

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	<p><input type="checkbox"/>一括寄附 寄附予定日 年 月 日</p> <p><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。）</p> <table border="1"><thead><tr><th>回 数</th><th>金 額</th><th>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	<p>名古屋市獣医師会にご寄附いただく目的について、該当する口欄にレ点または必要事項をご記入願います。</p> <p><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（ _____ ）</p>																		
当会とのご関係	<p>該当する口欄にレ点および必要事項をご記入願います。</p> <p><input type="checkbox"/> 当会の関係者（会員名（続柄） _____ ） <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 職員・退職者 <input type="checkbox"/> 一般の方</p>																		

確認事項	<ul style="list-style-type: none">・ ホームページ等へのお名前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。□氏名と金額の掲載を希望しない □金額の掲載を希望しない・ 寄附者の銘板を掲示することについて（累計寄附金額が 10 万以上のご寄附をされた方）□希望する □希望しない
------	--

○ 個人情報の取扱いについて

寄附者の氏名、住所、電話番号及びメールアドレスについては、寄附目的で利用するものであり、この目的以外の目的で本人の同意なく利用し、又は第三者へ提供することはありませんので、あらかじめご了承ください。