

寄 付 申 込 書

特定非営利活動法人熊本県難病支援ネットワーク 理事長 様

特定非営利活動法人熊本県難病支援ネットワークの目的及び事業に賛同し、下記のとおり寄付を申し込みます。

記

寄付申込者 ご住所

御芳名（ふりがな）

ご連絡先（自宅 / 携帯）

企業・団体の方の場合、ご連絡先担当者の御所属・職種名・御氏名

1. 寄付に寄せるお志（目的・背景等）差し支えなければお聞かせください
2. 寄付金について使途等、条件がある場合はその条件をご記入ください
3. 寄付者及び寄付金額について、ホームページ等に掲載させていただくことについて

同意する ・ 匿名で金額のみ ・ 掲載はしないでほしい

4. 当法人に対するご意見等

*お預かりした個人情報、寄付金の会計内部処理等に利用し、ご本人の同意なしに第三者へ漏れることはありません。