

公益社団法人 群馬県視覚障害者福祉協会
寄 付 申 込 書

令和 年 月 日

公益社団法人 群馬県視覚障害者福祉協会
会 長 様

群馬県視覚障害者福祉協会の趣旨・目的に賛同しましたので、寄付いたします。

種別 いずれかに✓してください。	企業・団体 ・ 個人
金額	金額 _____ 円
企業、団体名 又は個人名	(フリガナ)
代表者名	(フリガナ) (役職) (ご芳名)
担当者名	(フリガナ) (役職) (ご芳名)
住所	〒
連絡先	(電 話) (F A X) (メー ル) @
情報の公開	1 本協会ホームページへの掲載 可 ・ 不可 2 本協会ホームページへリンク掲載 可 ・ 不可 ※上記2については、企業及び団体のみご回答ください。 リンクをご希望の場合はアドレスをご記入してください。 http:// _____

◎ご寄付のお申し込みにつきましては下記いずれかの方法でお願いいたします。

- ・ 本協会の事務所に出向いて申し込む。
- ・ 本寄付申込書を利用して、F A Xまたは郵送で申し込む。
- ・ 会員の紹介により申し込む。