

寄付申込書

公益財団法人大阪成人病予防協会 会長 様

公益財団法人大阪成人病予防協会の事業の趣旨に賛同し、次の金額の寄付を申し込みます。

寄附金額

		百万			千			
--	--	----	--	--	---	--	--	--

円

寄附金の活用方法 ☐ 医学研究助成・顕彰事業 ☐ 臨床研究助成事業
☐ 医学啓発事業 ☐ 患者団体等支援事業
☐ その他（ ）

(注) ご希望の活用方法を□欄に✓してください。

(寄付者ご芳名等)

申込日（必須）	令和 ・ 西暦 年 月 日
個人名 又は法人名（団体名） （必須）	フリガナ
代表者名 （法人（団体）の場合のみ）	フリガナ （連絡先部署）
住所 （必須）	郵便番号 -
電話番号（必須）	
携帯電話番号（任意）	
メールアドレス（任意）	
広報誌掲載等公開の可否	☐ 掲載等公開してよい ☐ 匿名として欲しい

(寄付申込書の送付先)

〒541-8567 大阪市中央区大手前三丁目1番69号
大阪国際がんセンター6階 公益財団法人大阪成人病予防協会
FAX 06-4791-2091
eメール kyoukai@osyk.jp

(寄付金の振込先)

(口座) 普通預金 (口座番号) 3779291
(名義人) 公益財団法人大阪成人病予防協会

寄付金は、税制上の優遇措置が適用され、所得税、法人税及び相続税等の寄付金控除が受けられます。