**寄付金申込書**

公益財団法人臨床研究奨励基金　宛

公益財団法人臨床研究奨励基金の目的事業に賛同し、下記の金額を寄付いたします。

　　年　　月　　日

**寄付金額：　　　　　　　　　　円**

（ご送金予定日：　　　年　　月　　日）

※上記寄付金については、公益財団法人臨床研究奨励基金が定める寄付金等取扱規程に基づき使用されることに同意します。

※特別寄付金として上記の寄付金の使途を指定される場合には、事前に事務局にお問い合わせのうえ下記にご記載ください。記載がない場合は、一般寄付金として上記規程に基づき使用します。

（〒　　‐　　　）

ご住所

ﾌﾘｶﾞﾅ

お名前（法人様の場合は団体名）

ﾌﾘｶﾞﾅ

代表者お名前（役職）

　※受領書宛名への代表者名の記載について　**〔　希望する　・　希望しない　〕**

ご連絡先TEL　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　（担当者お名前　　　　　　　　）

＜受領書ご送付先＞　※上記住所と異なる場合のみ、記載してください。

|  |
| --- |
| （〒　　‐　　　）  ご住所 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  宛　名 |

※ご寄付いただいた団体のお名前を事業報告書へ掲載することについて○印でお示しください。

なお誠に恐縮ですが、掲載につきましては法人もしくは団体名に限らせていただきます。

**[**  **掲載を希望する　・　掲載を希望しない　]**

（銀行振込先）振込口座：福岡銀行　本店　普通　3792738

口座名：公益財団法人臨床研究奨励基金

　ｻﾞｲ)ﾘﾝｼｮｳｹﾝｷｭｳｼｮｳﾚｲｷｷﾝ