

会 長	常務理事	事務局長	局長補佐	係 長	職 員

年 月 日

## 寄 附 金 申 込 書

社会福祉法人 河合町社会福祉協議会  
会 長 渡 邊 八 重 子 様

寄附者 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

(法人・代表者)

印鑑もしくは、直筆をお願いします。

連絡先 \_\_\_\_\_

社会福祉法人河合町社会福祉協議会の目的及び事業に賛同し、寄附を申込みます。

金 額	金 円也
寄附金の条件	1. 福祉のために使用して下さい。 2. 下記の目的で使用して下さい。 ( _____ ) 3. 社会福祉協議会に一任します。
広報掲載	広報等に掲載について(住所・名前・寄附金額の情報公表) 今回の寄附についていずれかの番号に○印をお願いします。 1. 全て公表してもよい      2. 全て公表しないでほしい 3. 一部の公表してもよい (※ 公表してもよい項目に○印をお願いします。) ( 名前      住所      寄附金額 )
感謝状	1. 受け取る                      2. 受け取らない

※ お預かりした個人情報は、この事業のために利用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

受 理 日	年 月 日	受 付 者	
-------	-------	-------	--