寄　付　申　込　書

　　　　令和　　年　　月　　日

公益社団法人　大分県獣医師会長　殿

**＜寄付申込者＞**

|  |  |
| --- | --- |
| ご住所 | 〒 |
| (ふりがな)お名前又は企業・団体名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

公益社団法人大分県獣医師会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付します。

記

1　寄　付　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円也

2　寄付日（振込日等）　　令和　　年　　月　　日

**＜ご連絡先＞**

〇ご担当者様（氏名・役職）

〇TEL/FAX：

〇E-mail：

* FAX（097-574-5221）等でご連絡ください。

※　 寄付者の氏名、住所、電話番号及びメールアドレスについては寄付目的で

　　 利用するものであり、この目的以外の目的で本人の同意なく利用し、また

　　 は第三者へ提供することはありませんので、あらかじめご了承願います。