

寄附金等申込書

公益社団法人 北部地区医師会

代表理事 上地 博之 殿

貴会の公益目的事業(施設)に賛同し、下記のとおり寄附いたします。

個人情報の取り扱い
皆様からの個人情報は、本会
寄附金募集事業以外に利用
することはありません。

ご住所	〒
個人の場合	お名前
法人・団体の場合	法人名
	団体名
	職名 氏名
連絡先	TEL FAX
	担当者様のお名前

※受領書の宛て名は上記のお名前になります。

1 寄附年月日 年 月 日

2 寄附目的

- (1) 用途を指定しない一般寄附金等とする。
- (2) 下記により用途指定寄附金等とする。

(項目番号に○を付けてください。)

NO	寄附金等の用途指定事業	備考
1	北部地区医師会病院	北部地域医療の充実と発達普及のため、 北部地区医師会の公益事業を支援する。
2	健康管理センター(健診センター)	
3	北部地区医師会附属病院(心臓血管センター)	
4	ちゅら海クリニック(透析センター)	
5	北部看護学校	
6	その他()	

3 寄附金額 金 円也

- (1) 現金又は小切手
- (2) 振込み
- (3) その他(債権他)

4 寄贈品名

5 ご芳名記載について

- ① 公開する。
- ② 匿名とする。

★申込書送付先

郵便のほか下記をご利用下さい。
公益社団法人 北部地区医師会 北部地区医師会病院
担当部署: 経理管理課
郵送の場合: 〒905-8611
沖縄県名護市宇字茂佐1712番地の3
TEL 0980-54-1111
FAX 0980-54-0200

◆寄附金に対する減税措置について

本会は、平成25年4月1日より「公益社団法人」に移行いたしましたので、皆様の寄附金拠出に対しましては、所得税等の減税措置が受けられます。詳しくは、左記の経理管理課までご連絡下さい。