【法人・団体用】

寄　附　申　込　書

　　年　　月　　日

公益社団法人　名古屋市獣医師会　会長　　殿

寄附者

〒

住　所

（ふりがな）

法人・団体名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（ふりがな）

代表者名

【連絡先】

担当部署

担当者名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

公益社団法人名古屋市獣医師会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄附します。

|  |  |
| --- | --- |
| 寄附金額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 寄附の方法 | □一括寄附　　　　　　　　　　　寄附予定日　　　　　　年　　月　　日□分割寄附（分割の場合には、下記に必要事項をご記入願います。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 回　数 | 金　　　　額 | 寄附予定日 |
| 第１回 | 金　　　　　　　　　円 | 　　　　年　　月　　日 |
| 第２回 | 金　　　　　　　　　円 | 　　　　年　　月　　日 |
| 第３回 | 金　　　　　　　　　円 | 　　　　年　　月　　日 |
| 第４回 | 金　　　　　　　　　円 | 　　　　年　　月　　日 |
| 第５回 | 金　　　　　　　　　円 | 　　　　年　　月　　日 |

 |
| 寄附目的 | 名古屋市獣医師会にご寄附いただく目的について、該当する□欄にレ点または必要事項をご記入願います。□　狂犬病をはじめとする公衆衛生事業　　　　□　救急獣医療等を柱とする動物愛護事業　　　□　獣医師という資格者団体としての学術事業□　公益事業（用途は指定しない）□その他（　　　　　　　　　） |
| 確認事項 | ・ホームページ等への法人名とご寄附の金額を掲載させていただきますが、掲載を希望されない場合、該当する□欄にレ点をご記入願います。□法人名と金額の掲載を希望しない　　□金額の掲載を希望しない・寄附者（法人名）の銘板を掲示することについて（累計寄附金額が50万以上のご寄附をされた方）□希望する　　□希望しない |