

# 寄付申込書

年 月 日

公益社団法人 東京都歯科衛生士会  
会長 藤山 美里 殿

寄付者 住所 (〒 — )

電話 — —

ふりがな  
氏名

私は、下記のとおり寄付します。(※ 1口 3,000円以上とさせていただきます。)

## 記

1. 寄付金額 口 円

## 2. 寄付目的

下記のいずれかにレ点をつけて下さい。

事業の指定 ( )

用途を特定しない

## 3. 氏名の公表

ホームページ・広報誌等への寄付者の名前を公表することについて

承諾しない (承諾されない場合のみレ点をつけて下さい。)

以上

送付先 〒133 - 0011 東京都文京区本郷 2 - 21 - 3 - 4F

公益社団法人 東京都歯科衛生士会

電話 03-5689-4311

FAX 03-5689-4312