**寄附金申込書**

公益社団法人　日本医師会　御中

**金額　　　　　　　　　　 円**

上記の金額の寄附を申し込みます。

寄附金の使途について（１又は２を選択ください）

1. 一般寄附金（日本医師会の事業全般に使用）
2. 指定寄附金（ご指定があればご記入ください）

|  |
| --- |
|  |
|  |

令和　　年　　月　　日

（ふりがな）

御芳名　（法人様の場合は、代表者の役職・氏名をご記入ください）

御団体名（個人様の場合は、ご記入は不要です）

（領収証をご希望の方は必ずご記入ください）

住所　　〒

電話　 :

E-mail :

**・寄附者情報の公表（　可　　・　匿名希望　）**

**・領収証発行の希望（　必要　・　不要　）**

　　※本会への寄付金は、「特定公益増進法人」に対する寄附金に該当し税制優遇措置があります。詳細は、最寄りの税務署等にご相談ください。

**・申込先**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒113-8621

FAX　（03-3942-6504）　　　　　　　　　　　　　東京都文京区本駒込2-28-16

E-mail [keiri@po.med.or.jp](mailto:keiri@po.med.or.jp)　　　　　　　　　　　　公益社団法人日本医師会

経理課