

## 支援金領収書発行申込書

公益社団法人 日本医師会 御中

下記の通り支援金を申し込みます。

件名	ウクライナへの医療支援のため	
支援金額	円	
ご芳名 お名前又は法人名 (領収書宛名)	(フリガナ)	
住 所 (領収書発行先)	(フリガナ)	
	〒	— 都道府県 市区町村
連絡先	電話番号	
	E-mail	
	Fax 番号	申込書を FAX で提出された方はご記入をお願いします

振込情報 (入金照合用)	
振込日 (予定日)	月 日
振込人名義	(寄附者名と振込人名義が異なる場合ご記入下さい)

本申込書を日本医師会経理課宛にお送り下さい

郵送：〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

FAX： 03-3942-6504 電子メール：[keiri@po.med.or.jp](mailto:keiri@po.med.or.jp)

事務局記入欄 (HP)		
受付日	月 日	備考
入金日	月 日	
領収書 No		