令和　　 　年　　　月　　　日

公益財団法人　性の健康医学財団

**寄附申込書**

　貴財団の趣旨に賛同し、下記のとおり申し込みます。

　１　寄　附　額：　金　　　　　　　　　　円

　２　振込予定日：　令和　　　　年　　　月　　　日

　３　領　収　書：　必　要　・　不　要

　　　　　　　　　　宛名、但書等にご要望がございましたら下欄にご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

　４　ご　氏　名：

　　　（法人名）

　５　ご　住　所：

　　　　電　話

　　　　FAX

　　　　E-mail

当申込書は、メール添付・FAX・郵送にてご送付ください。

＜送付先＞　公益財団法人 性の健康医学財団　事務局 宛て

Email： info@jfshm.org

FAX： 03-3813-4107　　TEL： 03-3813-4098