FAX：０２５－２６７－２２２５
E-mail：niigata-npo.shien@mbr.nifty.com

令和　　年　　月　　日

寄　付　申　込　書

NPO 法人新潟難病支援ネットワーク　理事長　様

NPO 法人新潟難病支援ネットワークの目的及び事業に賛同し、下記のとおり寄付を申し込みます。

記

寄付申込者　ご住所（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ご芳名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ご連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
企業・団体の場合ご連絡先担当者の所属・職・氏名
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　寄付の内容等
(1)寄付の金額　　円
(2)寄付の払込予定日　　令和　　年　　月　　日
(3)寄付に寄せるお志（目的・背景等）（差し支えなければお聞かせください。）

(4)寄付金について使途等、条件がある場合はその条件

２　その他
(1)寄付者及び寄付金額を広報紙等に掲載させていただくことについて

（　　同意する　・　匿名で金額のみの掲載にしてほしい　　）

(2)当法人に対する意見・要望等

※お預かりした個人情報は、寄付金の会計内部処理等に利用し、ご本人のご同意なしに第三者に提供することはありません。