

# 寄付申込書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

関西電力医学研究所  
所長 清野 裕 殿

ご法人・団体名 \_\_\_\_\_  
ご芳名 \_\_\_\_\_ 印  
(〒 \_\_\_\_\_ )  
ご住所 \_\_\_\_\_

下記のとおり寄付を申し込みます。

## 記

### 1. 寄付金額

金 \_\_\_\_\_ 円也

### 2. お振込み予定日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

### 3. ご連絡先

ご担当部署 \_\_\_\_\_

ご 芳 名 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_

### 4. その他

\_\_\_\_\_

以 上

※恐れ入りますが、\_\_\_\_\_下線に必要事項をご記入願います。