

平成 年 月 日

特定非営利活動法人千葉医師研修支援ネットワーク

理事長 山本修一様

寄附者 郵便番号 .....  
住 所 .....  
ふりがな .....  
氏 名 ..... 印  
(※法人にあっては、法人名及び代表者の職・氏名)  
電話番号 .....  
メールアドレス .....

寄 附 金 申 込 書

1. 寄 附 金 額 ..... 円
2. 寄 附 金 名 称 特定非営利活動法人  
千葉医師研修支援ネットワーク 寄附金
3. 寄 附 目 的 医師養成・確保助成のため
4. 使 用 内 訳
- ・ 医師確保等のための諸事業の運営費
  - ・ 臨床研修医などが技術向上のための維持管理  
事業運営費
  - ・ その他、本法人の事業費
5. 寄 附 条 件 なし

寄附金申込連絡事項

寄附金の申込に関して連絡事項等がございましたら、下記にご記入願います。