**青森県医師会健やか力推進センター寄附申込書**

　令和　　　年　　　月　　　日

公益社団法人 青森県医師会

　会　長　　高木　伸也　殿

寄附者の住所　〒 －

（所在地）

寄附者の氏名

（法人名及び職・氏名）

電話番号

記

**１．寄附金の種別・金額**

青森県医師会健やか力推進センター寄附金

一口　１０，０００円　　 　 　　口　　 　寄附金額　　　　　 　　　　円

**２．寄附の方法**

　　・本会口座へのお振込み

　　　　※振込先口座等につきましては、お申込をいただいてから別途ご連絡差し上げます。

　　　※青森県医師会々員におかれましては、本会登録の口座より引去りすることが可能ですの

で、その旨、お申し出頂ければ幸いです。

**３．お名前、法人名の公表**　（　　　可　　　・　　　匿名希望　　　）

　　　　＊ご寄附いただいた会員名（法人名）を医師会報に掲載予定としております。

**送信先：青森県医師会事務局　(山田)**

**ＦＡＸ：０１７－７５７－８７７９**

**e-mail:yamada@aomori.med.or.jp**