

寄付申込書

年 月 日

特定非営利活動法人 日本アジア臨床整形外科研究会 (JACORS) 御中
貴法人の活動趣旨に賛同し、下記のとおり寄付を申し込みます。

寄付者名 (法人名・個人名)	
代表者名 (法人の場合)	
ご担当者名	
所在地・住所	〒
電話番号	
メールアドレス	
寄付金額	金 円
寄付目的	☐ JACORSの特定非営利活動全般のため ☐ 海外医師の臨床研修・教育支援のため ☐ ベトナム等における現地教育活動のため ☐ その他()
振込予定日	年 月 日
振込名義 (異なる場合)	
氏名・法人名の 公表について	☐ ホームページ・活動報告書等への掲載を希望する ☐ 掲載を希望しない(匿名) ☐ 別途相談を希望する
受領書の宛名 (異なる場合)	
連絡事項 (任意)	

【送付先・お問い合わせ】

特定非営利活動法人 日本アジア臨床整形外科研究会 (JACORS)
〒272-8513 千葉県市川市菅野5-11-13 Web: <https://www.jacors.org>

・本申込書は、寄付者情報・寄付目的・金額等を正確に記録するためのものです。押印は必須ではありません。
・ご入金確認後、寄付金受領書を発行します。
・当法人は認定NPO法人ではありません。認定NPO法人等への寄附に係る特別な税制上の優遇措置の対象ではありません。税務上の取扱いは、必要に応じて税務署または税理士等にご確認ください。