

支援金申込書

(兼 領収書発行依頼書)

公益社団法人 日本医師会
会長 中川 俊男 様

下記の通り支援金を申し込みます。

件名	ウクライナ国民への医療支援のため	
領収書発行	必要 不要	
支援金額	円	
ご芳名 お名前又は法人名 (領収書宛名)	(フリガナ)	
住 所 (領収書発行先)	(フリガナ)	
	〒	市区町村
連絡先	担当者名	
	電話番号	

振込情報 (入金照合用)	
振込日 (予定日)	月 日
振込人名義	(ご芳名と振込人名義が異なる場合ご記入下さい)

本申込書を日本医師会経理課宛にお送り下さい

郵送：〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

FAX：03-3942-6504 電子メール：keiri@po.med.or.jp

領収書日付は支援金口座入金日です (地区医師会等で支援金をとりまとめの場合は、地区医師会等からの入金日です)

事務局記入欄		
受付日	月 日	備考
入金日	月 日	
領収書 No		