

寄附金領収書発行依頼書

公益社団法人 日本医師会経理課 行

件名	トルコ・シリア地震医療支援金	
寄附金額	円	
寄附者名 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)	
	〒	都・道・府・県 市・区・町・村
連絡先	担当者名	
	電話番号	
備考		

振込情報 (入金確認のため)	
振込日	月 日
振込元の銀行名	銀行
振込人名義	(寄附者名と振込人名義が異なる場合、 <u>必ず</u> ご記入下さい)

本紙を日本医師会経理課宛にお送りください

郵送：〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

FAX： 03-3946-6295 電子メール：keiri@po.med.or.jp

※領収書について

日付は支援金口座への入金日となり、送付は入金日から2カ月程度かかる見込みです。

決算等で領収書発行をお急ぎの場合、上表の備考欄にその旨をご記入ください。

(地区医師会等で支援金をとりまとめの場合、地区医師会等からの入金日が領収書日付となり、送付は日本医師会への入金日から2カ月程度かかる見込みです)

事務局記入欄		
受付日	月 日	備考
入金日	月 日	
領収書発行	月 日	