

令和 年 月 日

公益社団法人鹿児島共済会
会 長 毛利 通宏 殿

寄附者 住所

氏名

㊞

電話

寄 附 申 込 書

下記のとおり公益社団法人鹿児島共済会（南風病院・在宅ケアサポートみなみ風）に寄附します。

記

寄附金額（寄附品） _____

寄附の予定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

寄附の方法 ☐ 振込 ☐ 手渡し ☐ 郵送

振込先：鹿児島銀行 高見馬場支店 普通口座 1 0 0 8 5 8
シャ）カゴシマキョウサイカイ
公益社団法人鹿児島共済会

寄附の使途 ☐ 指定しない
☐ 指定する

内容： _____

氏名掲載の可否	寄贈品	<input type="checkbox"/> 可（ <input type="checkbox"/> 名字のみ）	<input type="checkbox"/> 否
	ホームページ	<input type="checkbox"/> 可（ <input type="checkbox"/> 名字のみ）	<input type="checkbox"/> 否