|  |  |
| --- | --- |
| **FAX** | **送信先**横浜学術教育振興財団　**０４５－７８７－２３９６** |
| **発信日　（　２０　 年　　　月　　　日）** |

**寄附金申込書**

２０　　　年　　　月　 　日

公益財団法人横浜学術教育振興財団

理 事 長　 矢 部　 丈 太 郎 様

**寄附金の額 円**

上記の金額の寄附を申し込みます。

(ふ り が な)

**氏　　 名**

**住 　　所** 〒

電話番号 ( )

　　　　　　　　　振込予定日　 　　２０　　　 年　　　 月 　　　日

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

使途についてのご希望

（特にご希望がありましたら記載願います）

氏名等の公表について　（希望する選択の欄に○印を記入してください。 ）

（　　　　）公表して差し支えない

（ ）公表を希望しない

※ご記入のない場合は、公表して差し支えないものとして取り扱います。