

寄附申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人
双葉町社会福祉協議会長 様

寄附者 住 所

氏 名

電話番号

社会福祉法人双葉町社会福祉協議会が行う社会福祉活動に賛同し、
次のとおり寄附を申し込みます。

寄 附 金 額	円
寄 附 の 方 法	<input type="checkbox"/> 窓口持参 <input type="checkbox"/> 指定口座振込
寄 附 の 使 途	<input type="checkbox"/> 指定なし (双葉町社会福祉協議会が行う社会福祉事業のため使用) <input type="checkbox"/> 指定あり ()
広報誌への掲載	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可