



世界の医療団 支援者の集い
 -ソフレガラ2014-
 申込書

ID. _____
 No. _____

世界の医療団 4年6月3日(火) 18時30分 開場、19時 開宴 会場:フランス大使公邸(東京・広尾)
 5月9日 までに FAX(03-3560-8073)又はEメール(info@mdm.or.jp)にてお申込ください。

お申込日:2014年 月 日

1. お申し込み内容

お一人につき30,000円のご寄付を頂戴致します。ご寄付額をご記入ください。
 また、会場入場時に来場者全員の氏名の確認が必須となりますので、ご同伴者氏名を必ずご記入ください。

申込者氏名	漢字		ローマ字	
会社名				
役職				
住所	〒			
電話		Fax		
E-mail				
領収書	<input type="checkbox"/> いずれかをお選びください <input checked="" type="checkbox"/> (この度のご寄付は寄附金控除の対象となります) <input type="checkbox"/> 申込者氏名での領収証 <input type="checkbox"/> 会社名での領収証			
同伴者氏名	漢字	ローマ字		
ご寄付額	<input type="checkbox"/> 30,000円(1名分) <input type="checkbox"/> 60,000円(2名分) <input type="checkbox"/> 90,000円(3名分) <input type="checkbox"/> 120,000円(4名分) ※4名分以上の場合⇒ <input type="checkbox"/> 円(名分)			

2. ご寄付方法

ご寄付方法は銀行振込かクレジットカードのいずれかをお選びください 。

銀行振込でのご寄付 ...お振込名義をご記入の上、下記口座にお振込ください

お振込名義	
<振込先>	金融機関:みずほ銀行 神谷町支店(146)(普通) 口座番号:1070066 口座名:特定非営利活動法人メドゥサン・デュ・モンド ジャパン

クレジットカードでのご寄付 ...下記に漏れなくご記入ください

クレジットカード会社	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> アメリカン・エキスプレス	有効期限	20__年__月																				
カード番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
ご署名	カードにご記入されたご署名と同じものをご記入ください																						

3. ご案内

上記申込と入金(決済)の両方の確認ができた方から、先着順で申込確定とさせていただきます。
 なお、招待状の送付は5月下旬を予定しています。また、領収書はイベント終了後に送付いたします。

世界の医療団(認定NPO法人)