

認定特定非営利活動法人  
救急ヘリ病院ネットワーク(HEM-Net)御中  
(FAX) 03-3264-1431

**ドクターヘリ支援基金 寄付金申込書**  
記

**1. 寄付者 氏名・住所**

**(1)法人団体の場合**

法 人 名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

●**ご担当者**

所 属 名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ FAX 番 号 \_\_\_\_\_

E - m a i l \_\_\_\_\_

**(2)個人の場合**

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ FAX 番 号 \_\_\_\_\_

E - m a i l \_\_\_\_\_

**2. 口数及び金額**

【法人・団体】 (口数 : \_\_\_\_\_ 口) (金額 : \_\_\_\_\_ 円)

【個人】 (口数 : \_\_\_\_\_ 口) (金額 : \_\_\_\_\_ 円)

※ (法人、団体) : 一口 500,000 円 (個人) : 一口 3,000 円

**3. 申し込み方法**

(1) この申込書をそのまま FAX にてお申し込み下さい。

- 事務局 FAX 番号 **03-3264-1431**

(2) 郵送にてお申し込みをなさる場合は、この申込書を下記にお送り下さい。

- 〒102-0082 東京都千代田区一番町 25 番 全国町村議員会館内  
救急ヘリ病院ネットワーク事務局

**4. 振 込 先**

(振込は、下記のいずれかの口座宛にお願い致します。振込まれた口座を√印でお示し下さい。当方で振込みを確認後、手続きをとり、領収書をお送り致します。)

選択	(√)	(銀行名)	(支 店)	(口座番号)	(口座名義)
振込先	<input checked="" type="checkbox"/>	三菱UFJ銀行	麹町支店	普通 0040862	ドクターヘリ支援基金
	<input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行		00130-9-678651	ドクターヘリ支援基金