

# 募金箱設置申込書

次のとおり募金箱の設置を申し込みます。

■ 募金箱の設置場所

施設名

---

設置個数 \_\_\_\_\_ 個

※ 申込書受付後、募金箱を持参し、ご説明いたします。

事業所等名

---

ご住所

---

ご担当者名

---

ご所属

---

T E L

---

F A X

---

【送付・問合せ先】

〒753-8501 山口県山口市滝町1-1 山口県健康福祉部医療政策課内  
(公財)やまぐち移植医療推進財団

TEL : 083-932-0743 FAX : 083-933-2829

e-mail : bank2@crocus.ocn.ne.jp