様式1（寄付金申込書）

一般社団法人 日本病院薬剤師会

　 会　長　　殿

　年　　　月　　　日

寄付金申込書

金　　　　　　　円 也

|  |  |
| --- | --- |
| * ① 一般寄付金
 | 使途を特定せず寄付いたします。 |
| * ② 特別寄付金
 | 以下の項目より選択（チェック付け）願います。* 学術研究活動に係る費用の支援
* 教育活動に係る費用の支援
* 薬剤師キャリアパスの運営費用に係る支援
* 業務改善・学会発表等に功績のあった者の表彰に係る費用の支援
 |

* 寄付金の種類について、該当する項目の□にチェックを入れ、必要項目をご記入ください。

**一般社団法人日本病院薬剤師会の趣旨に賛同し、「一般社団法人日本病院薬剤師会病院**

**薬剤師研究助成等基金寄付金取扱規程」に基づく寄付金を上記の通り申し込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 氏名 | ふりがな |
| 団体名 | ふりがな |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 弊会ホームページへのご芳名もしくは団体名、使途ならびに寄付金額の掲載の可否 |
| * ① 可（掲載条件：　　　　　　　　　　　　　　　　 ）
 | * ② 否
 |

* 団体として寄付される場合は、団体名もご記入願います。



※　本申込書を受領後、寄付金お支払い方法についてご連絡を差し上げます。

※　ご入金の確認の後、寄付金受領書を送付させていただきます。