別紙様式（第５条関連）

平成　　年　　月　　日

特定非営利活動法人日本がん口腔支持療法学会　理事長殿

寄付者　住所

　　　　氏名

特定非営利活動法人日本がん口腔支持療法学会寄付金受入規定を了解のうえ，下記の通り寄付します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 寄付金額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 寄付の目的 |  |
| その他 |  |