（ 別　　紙 ）

佐賀県医師会 総務課　　行

ＦＡＸ：０９５２－３７－１４３４

令和６年 　月 　日

佐賀県医師会

　会　長　　松　永　啓　介　殿

寄附金領収証発行依頼書

　能登半島地震の支援活動に賛同し、寄附をいたしますので、下記内容にて領収証の発行を依頼いたします。

記

１．寄附金額　：　金　　　　　　　　　　　　円也

２．寄附者名（領収証の宛名） ：

３．送付先　：　〒

４．お振込み日　：　令和６年　　 月　　　日

５．ご連絡先　：　ご担当者名 ：

電話番号 ：（　　　　　　） 　　　―