公益社団法人　日本医学物理学会

会長　　　　○○　○○　　殿

（西暦）　 年　　　月　　　日

**寄 附 金 申 込 書**

**金** **円 也**

**公益社団法人日本医学物理学会の趣旨に賛同し、寄附金取扱規程に基づいて、上記の通り申し込みます。**

〒 　　 ―

住 所

電話 　 ― ― 　E-mail

ふりがな

氏 名 印

ふりがな

団体名

※　団体として寄附される場合は、団体名もご記入願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 寄附金  の種類 | 該当する項目の□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。  □　一般寄附金  □　特定寄附金（希望使途を下記に記載）  使途〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 条件の  確　認 | 下記条件に該当しないことを確認し、□にチェックを入れてください。  ・寄附者に寄附の対価として何らかの利益または便宜を供与すること  ・寄附者が寄附の経理について監査を行うこと  ・寄附後に寄附者が寄附の全部または一部を取り消すことができること  ・寄附された寄附金を寄附者に無償で譲渡または使用させること  □　上記条件に該当しない。 |
| 公　開 | 当学会ホームページ等へのご芳名もしくは団体名、使途ならびに寄附金額の公開の可否について、該当する項目の□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。  □　可　〔掲載条件：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  □　否 |

※　本申込書は下記の当学会事務局まで、郵送、FAXもしくはメール添付で提出下さい。受理後、寄附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、寄附金受領書を送付させていただきます。

【提出先】公益社団法人日本医学物理学会事務局

〒162-0801　東京都新宿区山吹町358-5

電話03-6824-9384　FAX03-5227-8631　e-mail: jsmp-post@bunken.co.jp