

寄付金・協賛金申込書

一般財団法人 視覚健康財団
代表理事 島崎 潤 殿

第25回「ドナーファミリーの集い[®]」開催の趣旨に賛同し、
寄付金を納付致します。

[法人] ※1口につき5万円

[個人] ※1口につき1万円

いずれかに☑をお願い致します

口数

口

金

円也

申込責任者

申込日	2022年	月	日
所在地	〒		
社名			
代表者名			
電話番号	FAX番号		
e-mailアドレス			

ご担当者（法人で該当する場合）

氏名	所属		
住所	〒		
電話番号	FAX番号		
e-mailアドレス			

領収書	要	不要
-----	---	----

寄付先：

ドナーファミリーの集い[®]運営責任者 代表理事 島崎 潤

一般財団法人視覚健康財団

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35慶應義塾大学病院2号館地下1階

☎03-3226-8033 ㊚03-6685-6753

e-mail:jimukyoku@eyebank.tokyo