

# 「毎月の寄付」「今回の寄付」

(クレジットカードによる寄付申込書・変更申込書)

このたびは「毎月の寄付」および「今回の寄付」をご検討くださいます、誠にありがとうございます。  
下記をご確認の上、次ページの申込書を所定の郵送先までご返送くださいますようお願い申し上げます。

## お申し込み方法・ご注意

1. 次ページの申込書を A4 サイズの白紙に印刷してください。
2. 空欄にお名前、フリガナ、郵便番号、住所、電話番号を記入してください。
3. 「毎月の寄付」または「今回の寄付」のいずれかにを入れ、金額例のうち1つを選択するか、または「その他」にご希望の支援金額を明記してください。  
※手続きの都合上、1回のお引き落とし金額は500円以上でお願い致します。
4. ご自身のクレジットカードのカード種別、カード番号、有効期限、カード名義人（ローマ字）を記入してください。
5. 「お名前」が領収書の宛名となります。
6. お支払い方法の変更、カード情報変更など、すでにご登録いただいている内容の変更のためにこの用紙をご利用になる場合には、右上の『 変更』欄にを入れてください。
7. 申込書は下記までご郵送ください。

【宛先】〒140-8790 日本郵便(株) 品川郵便局 私書箱14号  
特定非営利活動法人 国境なき医師団日本 寄付管理データセンター 宛

【個人情報の取り扱いに関する基本方針】お寄せいただいた個人情報は、個人情報に関する法令を遵守の上、厳正に管理し、弊団からの各種ご案内、報告書や領収書を発行及び送付する目的で利用します。個人情報保護の基本方針全文はこちら -- <http://www.msfor.jp/privacy/index.html>

## ご記入例

### クレジットカード寄付申込書

変更

フリガナ	コクキョウ タロウ	支援者番号
お名前	国境 太郎	123456 <small>※新規の方やお分かりにならない場合は空欄のまま結構です。</small>
フリガナ	トウキョウトシンジュククシンジュク〇-〇-〇 〇〇ソウ 201 ゴウシツ	03
ご住所	〒123-0000 東京都新宿区新宿 〇-〇-〇 〇〇荘 201 号室	☎ ( 1234 ) 5678

支援金額	毎月の寄付	<input type="checkbox"/> 毎月1,000円 <input type="checkbox"/> 毎月1,500円(1日50円) <input type="checkbox"/> 毎月3,000円 <input type="checkbox"/> その他(毎月 円)	今回の寄付	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 30,000円 <input type="checkbox"/> その他( 円)
	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

カード会社	<input checked="" type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> アメリカン・エクスプレス <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> ダイナース
カード番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7
カード名義人(ローマ字)	TARO KOKKYO
有効期限	20 1 9 年    0 8 月

# 「毎月の寄付」「今回の寄付」

(クレジットカードによる寄付申込書・変更申込書)

HAW

## クレジットカード寄付申込書

変更

フリガナ		支援者番号
お名前		
フリガナ		☎ (      )
ご住所	〒	

支援金額	毎月の寄付	<input type="checkbox"/> 毎月1,000円 <input type="checkbox"/> 毎月1,500円(1日50円) <input type="checkbox"/> 毎月3,000円 <input type="checkbox"/> その他(毎月      円)	今回の寄付	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 30,000円 <input type="checkbox"/> その他(      円)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

カード会社	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> アメリカン・エクスプレス <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> ダイナース
カード番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
カード名義人 (ローマ字)	
有効期限	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月