

募金活動申込書

主催者名（寄付の領収書の宛名となる、個人／グループ／団体等のお名前）：	
国境なき医師団 支援者番号（お分かりの場合）：	
代表者名：	担当者名：
住所： 〒	
TEL：	FAX：
E-mail：	携帯電話：

募金活動の形態： 文化祭・学校行事 / 有志のサークル / コンサート / その他イベント（ ）
募金活動日： 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日（ 日間）
開催場所：
開催の趣旨・内容・目的等：
予想集客人数：
下記をご希望の場合にご記入ください。（ポスター3枚、募金箱3箱以上ご希望の場合は別途ご相談ください）。 ※これらの物品の送付にかかる費用は主催者側のご負担となります。ご協力のほどお願い申し上げます。 <input type="checkbox"/> 募金箱 _____ 箱 <input type="checkbox"/> 国境なき医師団のポスター（紙製・A2サイズ） _____ 枚 <input type="checkbox"/> 国境なき医師団 活動写真パネル _____ 希望する／希望しない

【可能な範囲でご記入願います】

国境なき医師団への予定寄付金額： _____ 円	振込予定日： 20 年 月 日
--------------------------	--------------------

◆お申し込みにあたっては、募金活動のガイドラインにご同意いただいたものとみなします。

_____ 印 _____ 年 月 日

お申し込み代表者ご署名およびご捺印

国境なき医師団 確認印

（受付日： _____ 年 月 日 / 管理番号：No. _____）