|  |
| --- |
| **【個人/グループ】ピンクリボンブレストケア募金　お申込書**【お申し込み】この申込書にご記入の上、メール・ＦＡＸのいずれかの方法で送付してください。【受領証明書】ご希望に応じて、後日お送りいたします。　＊お申し込み後2か月以内　　　【寄付金お振込口座】**銀行名：三井住友銀行　築地支店　普通　口座番号：7238824****口座名義 　特定非営利活動法人乳房健康研究会**＊当会への寄付は、寄付金控除の対象となります。Eメール：info@breastcare.jp　　ＦＡＸ： 03–3545–6545認定NPO法人乳房健康研究会事務局　〒104-0045 東京都中央区築地1-4-8　築地ホワイトビル1002 |

|  |  |
| --- | --- |
| お名前/グループ名 |  |
| ご住所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| ファックス |  |
| Eメール |  |

【寄付金額・ホームページへの掲載】

活動を選んで、寄付金額・口数をご記入ください。同時に複数の活動への寄付をお申込みいただけます。

当会ホームページでお名前（グループ名）を掲載させていただきます。（希望者のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 金額・口数 | ホームページでのお名前の掲載 |
| ピンクリボンアドバイザーによるがん教育プロジェクトを支援する | 　　　　　　　　　　　　　　円 | 寄付金合計１万円以上の場合に掲載。ご希望の方は以下にご記入ください。掲載名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□お名前のみ掲載　　　□お名前、寄付金額とも掲載 |
| 超音波検査をする女性技師の育成を支援する | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 乳房健康研究会の活動全般を支援する | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ピンクリボンバッジ運動に協力する　　　　　（1口500円のご寄付で、口数に応じてバッジをお送りします。　バッジは金縁・銀縁の2種類ありますのでお選びください。） | 金縁 | 500円×　　　口＝　　　　　円 | バッジによる寄付50個以上の場合に掲載。ご希望の方は以下にご記入ください。掲載名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 銀縁 | 500円×　　　口＝　　　　　円 |
| 合計 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |  |

【受領証明書】

受領証明書は寄付金控除の申請時に必要となります。この申込書で「発行を希望しない」を選ばれた方には、

以後受領証明書の発行はいたしかねますので、ご留意ください。

□発行を希望する 　　　　□発行を希望しない

＊受領証明書の発行を希望される方で、お名前とご住所が上記と異なる場合は、下記にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご名義 |  |
| ご住所 | 〒 |