

ご記入の上、メールまたは FAX でお申し込みください

E-mail: info@breastcare.jp / FAX: 03 - 3545 - 6545

乳房健康研究会 ピンクリボンパートナー お申込書

()年度のピンクリボンパートナーの申し込みをいたします

(年 月 日)

企業・団体名、部署名			
ご担当者		メール	
ご住所	〒 -		
電話		ファックス	
リンク先アドレス			
寄付金額	円		
入金予定日	年	月	日

お申込み内容	<input type="checkbox"/> 寄付 ()円 <input type="checkbox"/> ピンクリボンバッジ ()個
受領証明書の発行	受領証明書の発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※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 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、ご注意ください。
企業・団体プロフィール * 資料添付	
企画タイトル	
企画概要 * 企画書添付	
ロゴ、冊子提供 についてのご希望	

お申込書をいただいた方には、振込口座が明記された振込依頼書をお送りいたします