

## 寄附申込書

公益財団法人ひろしまドナーバンクに寄附を申込みます

寄附金額

¥ \_\_\_\_\_


住 所：〒

フリガナ氏名：

電話番号：

記入日 年 月 日

※A4サイズでプリントをお願いします

FAX  : 082-256-3522