

# 寄付申込書

ご住所

---

お名前

---

電話番号

FAX

---

金額

---

円

ただし公益社団法人全国精神保健福祉会連合会の公益目的事業への寄付として

平成 年 月 日

〒170-0013 東京都豊島区東池袋 1-46-13 ホリグチビル 602

公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会

理事長 本條義和