

寄付申込書

ご住所

お名前

電話番号

F A X

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 川崎洋子 様