

学校法人星美学園
サレジアン募金担当者 宛

学校法人星美学園 寄付申込書
(小学校・幼稚園・法人)

学校法人星美学園 サレジアン募金の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付します。

フリガナ			
氏名 (法人名)			
住 所 (領収書発送先)	〒		
電話番号			
寄付金額	□金 円 (1□千円)		
寄付金の使用目的 (※ 該当する項目に チェックをお願いします。)	校 名	使用目的	□数
	<input type="checkbox"/> 星美学園小学校	<input type="checkbox"/> 教育施設・設備等の充実	□
	<input type="checkbox"/> サレジアン国際学園 目黒星美小学校	<input type="checkbox"/> 教育施設・設備等の充実	□
	<input type="checkbox"/> 星美学園幼稚園	<input type="checkbox"/> 教育施設・設備等の充実	□
	<input type="checkbox"/> 学校法人星美学園	<input type="checkbox"/> 教育施設・設備等の充実	□
本学との関係 (個人の方)	<input type="checkbox"/> 生徒等・ご家族 生徒名 _____ 学校名 _____ 年 組		
	<input type="checkbox"/> 卒業生のご家族 <input type="checkbox"/> 卒業生 _____ 学校 _____ 年卒		
	<input type="checkbox"/> 現・旧職員 <input type="checkbox"/> 一般の有志の方		
本学との関係 (法人の方)	ご担当者部署 _____ 氏名 _____ ご連絡先 _____		
氏名等の公表	<input type="checkbox"/> 「氏名または法人」の掲載を希望しない。		
	<input type="checkbox"/> 「金額」の掲載を希望しない。 ※ホームページ等への掲載を希望されない場合のみチェック願います。		
振込方法	<input type="checkbox"/> 銀行の口座への振込みを希望する。 <input type="checkbox"/> 学園内窓口での支払いを希望する。		
備 考 (通信欄)			

すべてに記入いただき、下記の送付先あてに、郵送、FAXまたはメールにてお申し込みください。

※ ご寄付をいただいた方の個人情報につきましては情報の管理に十分配慮いたします。
また当該目的以外には使用いたしません。

送付先 学校法人星美学園「サレジアン募金」担当 〒115-8524 東京都北区赤羽台4-2-14 FAX : 03-3906-0096
--