

寄付申込書

令和 年 月 日

岩手県知事 達増 拓也 様

郵便番号 _____

住 所 _____

氏名（又は企業名） _____

〔企業の場合〕

代表者役職・氏名 _____

(連絡先) 電 話 : _____

F A X : _____

(企業の場合、担当者名) _____

1 寄付金額 _____ 円

2 寄付の目的 平成 23 年東北太平洋沖地震に伴う災害復旧等対策の財源として

振込予定日	令和 年 月 日
受領書の交付	希望する ・ 希望しない (いずれかに○をご記入下さい)

(あて先)

〒020-8570 盛岡市内丸 10 番 1 号

岩手県保健福祉部保健福祉企画室

F A X 019-629-5419

Eメール AD0001@pref.iwate.jp

(問合せ先 019-629-5408 管理担当)