

特定非営利活動法人まーぶる 寄付者情報連絡票

申し込み年月日		平成	年	月	日
ふりがな					
氏名					
住所		〒			
電話番号					
FAX番号					
携帯電話					
メールアドレス		@			
金額	毎月	・ 5,000円/月		・ 3,000円/月	
	今回のみ	・ 任意の金額 (円)			

特定非営利活動法人まーぶる寄付金規程に同意します。

※NPO法人まーぶるでは、会員様の氏名をホームページ、会報等へ記載しています。
記載を希望されない場合は、にチェックを入れてください。

私はホームページ、会報等への氏名の記載を希望しません。