

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	20 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。