

NPO 法人タイガーマスク基金 進学サポーター申込書

記入日:平成 年 月 日

お名前	ふりがな		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男性 ・ 女性
ご住所	〒	都・道・府・県	
	ふりがな		
電話/ファックス	電話番号	ファックス	
E-mail アドレス (任意記入)			
希望するコースと 寄付金 該当する□に ☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 月々5,000 円コース × 希望口数		<input type="checkbox"/> 毎月 1,000 円コース × 希望口数
	希望口数(一口以上) _____ □ ※希望する口数を記入してください。 ※5千円で1人の学生を支援できます。		<input type="checkbox"/> 毎月千円 × 一口(=月額千円) <input type="checkbox"/> 毎月千円 × 二口(=月額2千円) <input type="checkbox"/> 毎月千円 × 三口(=月額3千円) <input type="checkbox"/> 毎月千円 × 四口(=月額4千円) ※金額に応じて、他のサポーターと共同で 一人の学生を支援することになります。
	<input type="checkbox"/> 4年分を一括で寄付したい。 <input type="checkbox"/> 毎年、1年分ずつ寄付したい。 <input type="checkbox"/> 月々寄付したい。		
希望する 寄付の方法 該当する□に ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 専用払込用紙による「ゆうちょ銀行(郵便局)」での払込 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行口座からタイガーマスクのゆうちょ銀行口座への送金 <input type="checkbox"/> 口座振替(銀行、ゆうちょ銀行からの自動引き落とし) 注:毎月寄付のコースに限る!		
このプログラムへの 参加理由			
<連絡事項>ご質問や連絡事項等ございましたらご自由にご記入ください			

■送付先: 〒113-0021 東京都文京区本駒込 3-10-3 NPO 法人タイガーマスク基金 事務局

※ご記入いただいた個人情報は、タイガーマスク基金からの各種ご案内にのみに使用します。

※進学サポーターは賛助会員入会なしでも申し込み可能です。