

# 善銀パートナー申込書

法人名	
役職名 代表者名	
住 所	〒 _____
参加形態	<input type="checkbox"/> 協賛寄付金      参加口数 _____ 口  <input type="checkbox"/> 寄付型自動販売機設置による寄付 <input type="checkbox"/> マッチングギフトによる寄付 <input type="checkbox"/> パーセント支援による寄付 <input type="checkbox"/> その他
申込年月日	令和      年      月      日
担当者名	
担当者連絡先	(電 話)
	(F A X)
	(E-mail)

※退会について：参加形態による活動が2年以上ない場合は、善銀パートナーを退会となります。

公益社団法人 熊本善意銀行  
〒860-8506熊本市中央区世安 1-5-1  
TEL:(096)361-3371  
FAX:(096)372-8719