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 | □協賛寄付金　　　　　　 参加口数　　　　　　　口　□寄付型自動販売機設置による寄付□マッチングギフトによる寄付□パーセント支援による寄付□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