

獨協中学・高等学校 同窓会

クラス会・OB会等 補助金申請書

印刷して必要事項をご記入の上、FAX で送信して下さい

申請日 年 月 日

会合名	
開催日時	年 月 日 : ~
開催場所	
参加予定人数	名
代表幹事	卒 年 : _____ ご芳名 : _____ 電 話 : _____ e-mail : _____
お受取方法	<input type="checkbox"/> 同窓会室で受領 ご来校日時 (____ 月 ____ 日 ____ : ____ 頃) ----- <input type="checkbox"/> 振込 金融機関名 _____ 支 店 名 _____ <input type="checkbox"/> 座 名 義 _____ 預 金 種 別 _____ <input type="checkbox"/> 座 番 号 _____
申請する方 <small>代表幹事の方が申請される 場合は記入不要です</small>	卒 年 : _____ ご芳名 : _____ 電 話 : _____ e-mail : _____
招聘する先生 <small>いらっしゃいましたらご記入ください</small>	
寄附金払込用紙 の送付先	宛 先 : _____ ご住所 : 〒 _____

- * 開催に際して、新たにご連絡先が分かった会員は、ご連絡ください（独協通信を発送します）。
- * 5名様以上の開催に際し補助金をお支払いします。
- * 参加者に、寄附金払込用紙をご提供ください。
- * クラス会便り（独協通信）に是非ご投稿ください。
- * 同窓会スタッフの在勤日時は、月・木曜日の 12:30 ~ 16:30 です。

FAX送信先 03(3946)6352