



クレジットカードによる申込書

世界の医療団

お申込日 年 月 日

以下にご支援くださる世界の医療団の活動（活動全般 / プロジェクト名）をご記入ください。

- 世界の医療団の活動全般に寄付をする
- 特定のプロジェクトに寄付をする*

プロジェクト名: _____

例) ダルフール緊急プロジェクト

※ご指定の支援プロジェクトの資金援助額合計が、プロジェクトに必要な金額を上回った場合、その超過分は世界の医療団の別の緊急を要するプロジェクトに充てられますことをご了承ください。

姓 _____ 名 _____

郵便番号 〒 □ □ □ - □ □ □ □

住所 1
(都道府県、市町村、番地を記入)

住所 2
(ビル・マンション名・部屋番号を記入)

自宅電話番号 _____

メールアドレス _____

資金援助額	×印を付けてください					
	<input type="checkbox"/> 3,500円	<input type="checkbox"/> 5,000円	<input type="checkbox"/> 7,500円			
	<input type="checkbox"/> 15,000円	<input type="checkbox"/> 30,000円	<input type="checkbox"/> その他 (円)
クレジットカード会社	×印を付けてください					
	<input type="checkbox"/> JCB	<input type="checkbox"/> Master Card	<input type="checkbox"/> ジャックス			
	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> アメリカン・エクスプレス				
カード番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
カード有効期限 / 20		ご署名			

(カードに記入されたご署名と同じものをご記入ください)

同申込書を、お手数ですが右記の方法にてメドゥサン・デュ・モンド ジャポンの事務所までご送信ください。

• 郵送の場合

〒106-0044
東京都港区東麻布
2-6-10
麻布善波ビル2F
特定非営利活動法人
メドゥサン・デュ・モンド ジャパン宛



• ファクシミリ

の場合



03-3560-8073