　　年　　月　　日

朔風会同窓会長　宛

FAX　０７８－９３６－６６７０

同窓会開催サポート制度申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  ＊原則としてクラス幹事  または学年代表幹事 | 回生　　氏名  住所　〒　　-  電話（自宅・携帯・職場：名称　　　　　　　　　）　　　　－　　　－ |
| 開催日時 | 年　　　月　　　日（　　）　開始時間　　　：　　～ |
| 開催場所 | 会場名  住所  電話 |
| 会　　費 | ＊振込用紙の制度を利用する場合は事務手数料（200円程度）が  円　 必要となりますので、会費（振込額）に含んでおいてください。 |
| 当日幹事  ＊当制度の今後の連絡者  文章校正等の連絡可能な方 | 氏名  住所　〒　　-  電話（自宅・携帯・職場：名称　　　　　　　　　）　　　　－　　　－  FAX電話（自宅・携帯・職場：名称　　　　　　　　　）　　　　－　　　－  e-mail |
| 案内方法 | □往復ハガキ　　　□振込用紙込封書（返信ハガキは　□要　□不要）  　　　　　　　　　　＊返信ハガキ利用時は1枚当たり68円の負担が必要となります。 |
| ハガキの返送先  \*往復ハガキ選択時のみ  指定できます。 | □印刷業者  □幹事（こちらを選択した場合は送付先を次に記載）  住所　〒　　-  氏名 |
| 集計会費の振込先＊振込用紙の制度を  利用する場合のみ記載 | 金融機関　　□（　　　　　　　　　）銀行　　　　□郵便局 |
| 支店名・局名　（　　　　　　　　　　）　□普通　　□当座 |
| 口座番号 |
| 口座名 |
| 備　考 | 要望事項や注意事項があれば記入してください |

＊送付例を基に、案内文（案）を添えて申請してください。

受付