

プライム基金寄付推薦書

※太枠のみご記入下さい

一般財団法人全国福利厚生共済会		西暦	年	月	日
推薦者氏名(会員):			推薦者連絡先(会員):		
フリガナ 法人の名称			法人設立年月日 西暦 年 月 日		
フリガナ 法人の所在地	〒				
TEL・FAX	TEL	()	FAX	()	
フリガナ 代表者の職氏名					印
フリガナ 担当者の職氏名			担当者連絡先		
法人の事業の種類					
申請施設の種類・名称					
フリガナ 申請施設の所在地	〒				
申請施設のTEL・FAX	TEL	()	FAX	()	
現在の規模	(定員: 名) (在所児: 名) (職員数: 名)				
要望理由					
受付日	西暦	年	月	日	NO.