

《MJFクレジットカード寄付専用申請書》

___/___枚

寄付者と(プログレス)メルビン・ジョーンズ・フェローになる人が同一でクレジットカードによる寄付を希望する場合、この用紙に必要な事項を記入の上、LCIF(国際電話認識番号-1-630-706-9078)までFAXして下さい(重複する可能性がありますので、改めてメールしないで下さい)。

■発信日: 20 年 月 日

■クラブ情報(楯・ピンなどは一括下記のクラブへ発送されます。)

①クラブ名:(漢字)	(ローマ字: _____)
②クラブ6桁番号:	③所属地区: _____ 地区
④クラブ・メールアドレス:	⑤FAX番号:

■備考*

会員番号 寄付者姓名(ローマ字*)	寄付金額 MJF口数	指定分野	献金会員ピン 交付希望 CM	カード情報	
				番号	有効期限
会員番号: _____	US\$ _____	最大のニーズ Greatest need / 災害 Disaster	<input type="checkbox"/> Yes	VISA・MASTER・AMEX・DINERS	20 年
_____	回目または分割	視力 Sight / 青少年 Youth / はしか Measles		No.	月
会員番号: _____	US\$ _____	最大のニーズ Greatest need / 災害 Disaster	<input type="checkbox"/> Yes	VISA・MASTER・AMEX・DINERS	20 年
_____	回目または分割	視力 Sight / 青少年 Youth / はしか Measles		No.	月
会員番号: _____	US\$ _____	最大のニーズ Greatest need / 災害 Disaster	<input type="checkbox"/> Yes	VISA・MASTER・AMEX・DINERS	20 年
_____	回目または分割	視力 Sight / 青少年 Youth / はしか Measles		No.	月
会員番号: _____	US\$ _____	最大のニーズ Greatest need / 災害 Disaster	<input type="checkbox"/> Yes	VISA・MASTER・AMEX・DINERS	20 年
_____	回目または分割	視力 Sight / 青少年 Youth / はしか Measles		No.	月
会員番号: _____	US\$ _____	最大のニーズ Greatest need / 災害 Disaster	<input type="checkbox"/> Yes	VISA・MASTER・AMEX・DINERS	20 年
_____	回目または分割	視力 Sight / 青少年 Youth / はしか Measles		No.	月
会員番号: _____	US\$ _____	最大のニーズ Greatest need / 災害 Disaster	<input type="checkbox"/> Yes	VISA・MASTER・AMEX・DINERS	20 年
_____	回目または分割	視力 Sight / 青少年 Youth / はしか Measles		No.	月

*【注意事項】①「ローマ字」…本部に登録されている通りに記入して下さい。②献金会員ピンの交付を希望する場合には口をチェックして下さい(PMJFピンは自動交付されます)。

③「■備考」…特定の災害指定など特記事項がある場合は、表右肩の「備考」欄に記入して下さい。