

【先生方の少しのお力添えが子供たちの健康に繋がります。】
熊本県学校保健会の活動にご協力をお願いします！（再）

熊本県学校保健会は子供たちの健康を守るためのサポートをしていますが、財政的に厳しい状況にあります。会員の先生方にはコロナ禍で大変な中、大変恐縮ですが、何卒子供たちのためにご支援をいただきたく、再度協力寄付金をお願いをいたします。下記申込書にご寄付いただきます口数（一口・3千円）をご記入のうえ、FAX（096-343-0623）にてお知らせ下さい。今年は例年に比べかなり申込み数が少ない状況です。
よろしければ複数口のご寄付をお願いします。
徴収方法は、10月念書引落しにさせていただきますので
よろしくお願い申し上げます。



とくに学校歯科医の先生方は是非ご協力よろしくお願いします！

三師会からの協力寄付金の状況



	3年度	4年度	5年度	6年度
歯科医師会	1,398,000	1,224,000	1,323,000	1,131,000
医師会	3,810,000	3,706,050	3,909,000	3,435,000
薬剤師会	529,000	486,000	378,000	346,000

令和6年度 各郡市 寄付金協力者数（総数 138名）

熊本市	宇土郡市	玉名郡市	荒尾市	山鹿市	菊池郡市	阿蘇郡市
471,000	15,000	93,000	48,000	39,000	108,000	66,000
上益城郡	下益城郡	八代	水俣・芦北郡市	人吉市	球磨郡	天草郡市
48,000	54,000	51,000	21,000	45,000	9,000	63,000

熊本県学校保健会協力寄付金申込書

1. 一口申し込みます。 2. 口申し込みます。

該当する番号を○でお囲み下さい。二口以上の申し込みの場合は、□の中に口数をご記入下さい。

期限：9月19日（金） FAX：096-343-0623

所属郡市歯科医師会名： _____

氏名： _____ 会員コード（78 - _____）

* 会員コードは封筒に印字してあります。

確定申告における住所： 診療所 / 診療所以外

※「寄附金受領証」「税額証明書」に記載される住所です。
診療所の場合は○でお囲みください。診療所以外の住所をご希望の際はご記入をお願いします。

診療所以外の住所 _____