

様式第1号（第4条関係）

医療従事者支援チャリティレース寄附申込書

令和 年 月 日

埼玉県知事 大野 元裕 様

（寄附申込者）

住 所 〒 _____

.....
（フリガナ）

氏名又は法人名 _____

連絡先 _____（ ） ※当日連絡が取れる番号を記載してください。

メールアドレス _____

下記のとおり寄附するとともに、医療従事者支援チャリティレース実施要綱第4条の規定に基づき申し込みます。

記

1 寄附金額

金 _____ 円也

2 チャリティレースについて

希望するレース	令和 年 月 日 第 _____ レース												
サインを希望する選手 ※個人の場合のみ	選手名：												
レース名 (12文字以内)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
番組放送等における紹介 内容（記載することにより 番組放送等で紹介され ることがあります。）													

3 寄附の目的

新型コロナウイルス感染症対策事業のうち主に次の事業に役立てていただくため寄附するものです。

- ①医療従事者や医療機関の活動支援など医療提供体制の整備を目的とした事業
- ②検査体制の強化など感染拡大防止を目的とした事業
- ③中小・小規模事業者への支援など県経済の回復及び活性化を目的とした事業
- ④新型コロナウイルス対策事業全般（用途は限定しない）

4 県ホームページでの公表

- | | | |
|-------|-------------------------------|--------------------------------|
| 氏名の公表 | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |
| 金額の公表 | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |
| 用途の公表 | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |