専用振込用紙をご利用のときは、本申込書は不要です。

寄 付　申　込　書

 令和　　年　　月　　日

寄付申込者

ご住所：

ご芳名：

連絡先電話番号：

担当者役職氏名：

（法人のみ）

このたび、下記のとおり医療充実基金への寄付の申し込みをします。

１．寄付金額 金 円

２．寄付の目的（使途の指定がありましたらご記入ください。）

□指定なし

□新型コロナウイルス対策

□施設の充実（　　 ）病院

□医療従事者及び職員の教育研修（ 　 ）病院

　　□指定なし　　　　□（　　　　　　　　）科・センター

□看護部　　　　　□その他（　　　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．寄付の方法

□現金

□振込（寄付予定日 　令和　　　年 月 日）

※寄付申込者のお名前でお振り込みください。

４．本学との関係

□一般 □患者様及びそのご家族　　□卒業生

□在学生 □学生保護者 □教職員（所属：　　　　　）　□その他

|  |  |
| --- | --- |
| 学籍番号・患者ID |  |

※学生保護者の方はご子息・ご息女の学籍番号