

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