令和 年 月 日

医療法人清須呼吸器疾患研究会

理事長　齊藤雄二　 殿

寄附者

住 所　〒　　　　－

氏 名 　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、寄附金として寄附します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 寄付金額 | 円 | |
| 寄付目的 | 先端医療機器の購入、医療スタッフの育成、サービスの向上、院内環境の整備など運営のために幅広く活用してください。 | |
| 寄付公表の同意 | 病院HPや広報でのご氏名の掲載  （〇をご記入ください） | （　可 ・ 否　） |
| 備考 |  | |

注）

1．備考欄には、納付に関しての希望などがあれば記入してください。

2．企業や団体などの場合は、連絡先住所、担当部署、担当者などお問合せ先を備考欄に記入してください。

|  |
| --- |
| ≪書類送付先≫  [医療法人 清須呼吸器疾患研究会](https://www.kiyosu-kokyuki.jp/)  〒452-0962　愛知県清須市春日流8番地1  電話番号：052-400-1777　FAX052-400-1899 |