

平成 年 月 日

医療法人 薫風会 佐野病院附属
低侵襲内視鏡診断治療研究所 所長 殿

住 所

氏 名 印

※法人等の場合は名称及び役職・氏名をご記入下さい

※領収書等の宛名になります

寄 附 申 込 書

医療法人佐野病院附属低侵襲内視鏡診断治療研究所寄附受入規程の内容を了知の上、下記の内容とおりに貴研究所に寄附を行いたいので申し込みます。

記

1. 寄附金品

2. 寄附の目的

3. 寄附予定年月日 平成 年 月 日

4. 寄附の方法

5. その他

個人・法人などで寄附していただける方につきましては、ご氏名の公表について承諾される場合は「可」に○を、承諾されない場合は「否」に○をお願いします。

ホームページへの掲載など

可・否